



Madalena Pires

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO/TRABALHO DE PROJETO**

### ***Handover* – Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório**

Trabalho de Projeto / Relatório de estágio de Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória. Orientação do Mestre António  
Freitas

Setembro 2014





Madalena Pires

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO/TRABALHO DE PROJETO**

### ***Handover* – Transmissão de Informação na Admissão do Utente Cirúrgico no Bloco Operatório**

Trabalho de Projeto / Relatório de estágio de Mestrado em  
Enfermagem Perioperatória. Orientação do Mestre António  
Freitas

Setembro 2014



## **DECLARAÇÕES**

Declaro que este Trabalho de Projeto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

A candidata, Maria Madalena da Silva Teixeira Pires

---

Setúbal, .... de ..... de .....

Declaro que este Trabalho de Projeto se encontra finalizado e em condições de ser apreciado pelo Júri a designar.

O orientador, António Martins Freitas

---

Setúbal, .... de ..... de .....



O presente não é um passado em potência,  
ele é o momento da escolha e da ação.

*Simone de Beauvoir*





Agradeço a todos os que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a concretização deste projeto pessoal.

Agradeço em particular ao Sr. Professor António Freitas pelas orientações e conhecimentos partilhados e pelas palavras de encorajamento dadas nos momentos difíceis.

Por último, agradeço aos que fazem parte de mim e contribuem para a minha estabilidade pessoal, a minha Família. Ao meu marido António e aos meus filhos Diogo, Duarte, Dinis e Afonso.

A TODOS muito,

Obrigada



## Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, sendo o Relatório de Estágio o trabalho final de Mestrado. No presente relatório é realizada a análise e reflexão do processo desenvolvido para aquisição de todas as competências do enfermeiro mestre em Enfermagem Perioperatória, para o qual foi importante a realização de um estágio em ambiente clínico perioperatório.

Para dar corpo e fundamento a todo este processo foi utilizada como referencial teórico que na sua essência norteia o exercício da prática de enfermagem, uma teoria de médio alcance da teórica Meleis “Teoria das transições”.

Este relatório destina-se ainda a apresentar o trabalho desenvolvido em estágio, alicerçado na metodologia de projeto, centrada na identificação de um problema real. A área que mereceu a nossa atenção prendeu-se com o *Handover*, que se refere à transmissão de informação e transferência de cuidados, dos clientes cirúrgicos no momento em que são admitidos no bloco operatório.

Para a realização do estudo foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário que foi aplicado a 105 enfermeiros que desempenhavam funções em serviços de internamento cirúrgico e urgência do centro hospitalar, que constituíram a amostra do mesmo. Constatou-se que os enfermeiros estão sensíveis às questões relacionadas com o *Handover* e com a segurança do cliente. Este fato levou-nos à conceção de um Instrumento Orientador para melhorar a comunicação entre os enfermeiros de forma estruturada e coesa, promover a cultura de segurança e a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras – chave: *Handover*, comunicação, segurança do cliente, enfermagem perioperatória, metodologia projeto.



## **Abstract**

Present report was prepared under the 1<sup>st</sup> Masters in Perioperative Nursing of Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal, being the Internship Report the final work of masters. In this report is made the analysis and reflection of the developed process to acquire all the skills of the master nurse in Perioperative Nursing, for which it was important to carry out an internship.

To give body and foundation to this process it was used as a theoretical framework, which guides the practice of nursing, a middle range theory of theoretical Meleis “Transition Theory”.

This report is also intended to present the work developed on internship, based on the design methodology, focused on the identification of a real problem. The area that deserved our attention was the *Handover*, which refers to the transmission of information and the transfer of care of the surgery patients when they are admitted in the operating room.

For the study, it was used as an instrument of data collection a questionnaire that was administered to 105 nurses who performed duties in surgical internment ward and urgency department of the hospital. It was found that nurses are sensitive to issues related to *Handover* and patients safety. This led us to design a guide for guiding improve communication among nurses in a structured and cohesive, promote a culture of safety and continuity of nursing care.

Keywords: *Handover*, communication, patient safety, perioperative nursing, design methodology.



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AESOP- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações

APA - American Psychological Association

AORN – Association of Perioperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

B-On - Biblioteca do Conhecimento On-Line

CRAI – Centro de Recursos de Apoio à Investigação

Consult. – Consultado

DOI – Digital Object Identification

ECG - Eletrocardiograma

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira

ESS – Escola Superior de Saúde

EPE – Empresa Pública do Estado

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

ISBN - Internacional Standard Book Number

ISSN – Internacional Standard Serie Number

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line

CINAHAL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

MDS – Minimum Data Set

MEPO – Mestrado em Enfermagem Perioperatória

Nº. – Número

NH-MDS – Nurse Handover-Minimum Data Set

p. - página

PBE - Prática Baseada na Evidência

SBAR - Situation; Background, Assessment, Recommendation

SHAR – Situação, História, Avaliação, Recomendações

SCIELO – Scientific Electronic Library OnLine

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VPO – Visita Pré-Operatória

Vol. – Volume





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	29
1.1 Cuidar em enfermagem perioperatória.....	29
1.2 A Teoria das Transições .....	31
1.3 <i>Handover</i> um momento de transição .....	41
1.4 <i>Checklist</i> para comunicar .....	51
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA INVESTIGAÇÃO .....	55
3. PRÁTICA CLÍNICA.....	58
3.1 Problemática da investigação .....	59
3.2 Identificação da metodologia e delineamento do estudo .....	70
3.2.1 População e amostra.....	70
3.2.2 Instrumento de diagnóstico .....	70
3.2.3 Análise dos dados.....	72
3.3 Procedimento metodológico - revisão integrativa de literatura .....	83
3.3.1 Procedimento para a seleção de artigos.....	88
3.3.2 Análise e síntese dos resultados .....	90
3.4 Discussão de resultados - implicações para a enfermagem.....	102
3.5 Do SBAR ao SHAR .....	106
3.5 Avaliação.....	107
3.6 Limitações do estudo.....	108
4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO .....	109
4.1 Estágio em contexto de prática clínica.....	109
4.2 Estágios de observação.....	111
4.3 Exposição fotográfica.....	112
4.4 Linguagem corporal e microexpressões .....	114
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA .....	117
6. CONCLUSÃO.....	122

7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	126
8.	APÊNDICES .....	135
8.1	Apêndice I – Autorização para utilização do SBAR.....	136
8.2	Apêndice II - Cronograma de atividades.....	139
8.3	Apêndice III - Instrumento Orientador do <i>Handover</i> .....	141
8.4	Apêndice IV - Questionário .....	143
8.5	Apêndice V - Quadros de análise de artigos .....	146
8.6	Apêndice VI - Artigo científico .....	148

## **INDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Distribuição das respostas à Questão 1: <i>Número de anos de profissão:</i> .....	73
Gráfico 2 – Distribuição das respostas à Questão 2: <i>A transmissão de informação é uma competência de enfermagem. Esta competência foi adquirida por si enquanto: Estudante; Profissional no início das suas funções; Durante formação pós-graduada.</i> .....	73
Gráfico 3 – Distribuição das respostas à Questão 3: <i>Considera que o momento de Handover, como momento de transmissão de informação, garante a continuidade dos cuidados.</i> .....	74
Gráfico 4 – Distribuição das respostas à Questão 4: <i>O enfermeiro que é o responsável pelos cuidados ao cliente cirúrgico deve ser aquele que realiza o respetivo Handover no momento da sua admissão no bloco operatório.</i> .....	74
Gráfico 5 – Distribuição das respostas à Questão 5: <i>Se respondeu "Concordo" ou "Concordo Totalmente", priorize os benefícios escolhendo a resposta que considera mais importante (classificar de 1 a 4, sendo 1 o máximo): Promover a segurança do utente; Limitar os eventos adversos; Comunicação mais efetiva; Minimizar erros de interpretação</i> .....	75
Gráfico 6 – Distribuição das respostas à Questão 6: <i>No momento de transferência de cuidados considera mais eficaz para a comunicação um espaço reservado à transmissão de informação relativa ao cliente cirúrgico de forma a preservar a sua dignidade como pessoa.</i> .....	76
Gráfico 7 – Distribuição das respostas à Questão 7: <i>Ao realizar o Handover na admissão do cliente no bloco operatório, fá-lo de forma, a que o cliente oiça: Sim; Não; Às vezes (justifique).</i> .....	77
Gráfico 8 – Distribuição das respostas à Questão 8: <i>De uma forma geral de quanto tempo despende para realizar o Handover no momento de admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório.</i> .....	78
Gráfico 9 – Distribuição das respostas à Questão 9: <i>No momento em que comunica a informação relativa ao cliente cirúrgico que tem ao seu cuidado, ao</i>	

*enfermeiro do bloco operatório, esta pode não ser compreendida da forma como pretendia. Existem fatores que contribuem para que tal aconteça.*

*Assinale aqueles com os quais já se deparou. .... 78*

Gráfico 10 – Distribuição das respostas à Questão 10: *Relativamente aos dados que são apresentados indique os dez que considera mais importantes, para a realização do Handover. .... 79*

Gráfico 11 – Distribuição das respostas à Questão 11: *Um Handover ineficaz constitui um evento adverso para a prestação de cuidados seguros. .... 80*

Gráfico 12 – Distribuição das respostas à Questão 12: *Para gerir melhor a informação a transmitir no momento do Handover do cliente cirúrgico no bloco operatório, escolha o método que considera mais seguro para evitar eventos adversos. .... 80*

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance .....	35
Figura 2 – Componentes da revisão integrativa .....	85
Figura 3 - Fotografia colocada à entrada da exposição, dando as boas vindas à população que a visitava. ....	113
Figura 4 - Mãos que cuidam de si.....	113
Figura 5 - A tecnologia ao seu serviço. ....	113
Figura 6 - Esclarecimento à população.....	113



## **INDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes .....	47
Quadro 2 – Uma técnica de comunicação - SBAR .....	53
Quadro 3 – Mapa de diagnóstico que elaboramos.....	82
Quadro 4 – Análise do Artigo 1: Patient Handover from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality .....	90
Quadro 5 – Análise do Artigo 2: Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of Handover.....	92
Quadro 6 – Análise do Artigo 3: Nursing Handover: It's a time for a change.....	94
Quadro 7 – Análise do Artigo 4: Developing a minimum data set for electronic nursing Handover.....	96
Quadro 8 – Análise do Artigo 5: Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing.....	98
Quadro 9 – Análise do Artigo 6: Nurses discuss bedside Handover and using written Handover sheets.....	100





## INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito do 1º Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO), na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) no ano letivo de 2012/2013, cujo Plano de Estudos inclui a Unidade Curricular Projeto/Estágio que decorreu no 2º e 3º semestre, sendo o Relatório de Estágio o trabalho final de Mestrado. Este relatório surge como instrumento de avaliação para acesso ao grau de mestre, inserido no ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, no respeito pelo estipulado em geral, no ensino politécnico, para o grau de mestre, pelo nº 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelos Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de Setembro.

A realização do estágio, que decorreu no período entre 01 de março a 05 de julho de 2013, em contexto de trabalho num centro hospitalar do distrito de Lisboa teve como propósito, desenvolver e integrar as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre, fundamentando assim a elaboração deste relatório de trabalho projeto.

A enfermagem não se faz apenas do cuidar generoso, atento e cuidativo, faz-se também de um cuidar atualizado, responsável e inserido numa equipa interdisciplinar em que cada membro, conhecedor da sua área interage para o bem comum, o cliente<sup>1</sup>. Cliente refere-se, ao ser humano com necessidades que está em constante interação com o meio ambiente e que tem a capacidade de se adaptar às suas alterações mas, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, experimenta ou está em risco de experimentar um desequilíbrio.<sup>2,3</sup>

---

<sup>1</sup> Será utilizada a expressão cliente para referir a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, no sentido que lhe é atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

<sup>2</sup> “A relevância do conceito de cliente radica na existência de alguém (uma pessoa, família ou comunidade) que é beneficiário de um serviço que é prestado pela enfermagem, o que se situa na linha da perspectiva da enfermagem como uma ciência orientada para a prática” (Pereira, 2009, p. 44)

<sup>3</sup> É de referir que todas as traduções para Português são exercícios livres da responsabilidade dos autores. Nestas situações as notas de rodapé identificam o excerto do texto original e o (nome do autor, ano e nº de página), facilitando a sua consulta.

<sup>3</sup> “A nursing client is defined... as a human being with needs, who is in constant interaction with the environment and has an ability to adapt to that environment but, due to illness, risk, or vulnerability to potential illness, is experiencing disequilibrium or is at risk of experiencing disequilibrium.” (Meleis, 2012, p.672).

Consideramos assim, importante salvaguardar a definição deste conceito e fazer uso dele quando nos referirmos à pessoa que necessita de ser cuidada e atendida em toda a sua dimensão humana, o cliente.

É necessária a consciencialização de todos para a importância da investigação, da partilha de conhecimentos, da publicação de resultados na área que consideramos ser a nossa mestria do cuidar, a Enfermagem. Estamos em posição de corroborar a afirmação de que “a Enfermagem, como qualquer outra disciplina, necessita de produção e de renovação contínuas do seu próprio corpo de conhecimentos, o que apenas poderá ser assegurado pela Investigação.” Ordem dos Enfermeiros (2006). De acordo ainda com mesma tomada de posição da Ordem dos Enfermeiros relativa à Investigação em Enfermagem, esta é “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.”

A Enfermagem Perioperatória evolui gradativamente na arte do cuidar deixando de ser caracterizada como meramente tecnicista. Tem necessidade de acompanhar a evolução tecnológica e científica nas preocupações cada vez mais com o cliente, colocando-o no centro da sua atenção. O enfermeiro perioperatório tem responsabilidades acrescidas no desenrolar das suas atividades. Avalia e identifica situações de risco, atua de acordo com padrões de segurança e qualidade, cuidando do cliente cirúrgico de forma global, perspetivando a qualidade, segurança e continuidade dos cuidados perioperatórios.

O relatório que aqui apresentamos reflete um longo percurso da Enfermagem Perioperatória no nosso país. Para nós teve início no ano letivo de 2010/2011 com a frequência da 1ª Pós-Graduação em Enfermagem Perioperatória realizada na ESS do IPS, numa parceria com a AESOP (Associação dos Enfermeiros de Salas de Operação Portuguesa).

No desenrolar do estágio surgiram diversas situações que mereciam a nossa atenção e de forma mais pragmática, uma intervenção. No entanto, a situação que constitui objeto de estudo e que se transformou no tema deste trabalho, prendeu-se com a transferência de cuidados e respetivas transmissões de informação referentes aos clientes cirúrgicos na admissão no bloco operatório. A falta de coesão e estruturação da informação a transmitir no momento em que o cliente é admitido em bloco operatório, constitui um potencial conjunto de eventos adversos que comprometem a segurança, qualidade e continuidade de cuidados de Enfermagem Perioperatória. Surge assim o tema do trabalho

“*Handover* - Transmissão de informação na admissão do utente<sup>4</sup> cirúrgico no bloco operatório”.

A metodologia seguida, para a elaboração deste trabalho, foi a metodologia de projeto com a qual procuramos responder ao problema anteriormente referido, efetuando pesquisa, seleção em bases bibliográficas. Foi ainda de suma importância a reflexão e discussão com todos os intervenientes que colaboraram para a realização deste projeto. Apresenta como objetivo geral:

- Melhorar o *Handover* no momento de admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório.

Para a sua concretização foi importante aprofundar conhecimentos na área do *Handover*, efetuar uma pesquisa bibliográfica com respetiva avaliação crítica e síntese das fontes primárias disponíveis, utilizando o método de revisão integrativa da literatura e numa fase mais posterior a elaboração de um Instrumento Orientador.

Este relatório tem como objetivos:

- Dar a conhecer o caminho percorrido para o desenvolvimento de competências de mestre na área da Enfermagem Perioperatória;
- Descrever as competências de mestre, adquiridas e desenvolvidas no âmbito da Enfermagem Perioperatória;
- Permitir a análise e discussão, do trabalho desenvolvido, para a obtenção do grau de Mestre.

Este trabalho escrito encontra-se estruturado por capítulos sendo que o primeiro capítulo corresponde à introdução, onde fazemos a apresentação dos objetivos deste trabalho, uma breve apresentação do tema do trabalho e a forma como o mesmo se encontra estruturado.

No segundo capítulo, fazemos um enquadramento teórico em que fundamentamos a problemática do estudo, apoiados numa teoria de enfermagem. Neste caso, a teórica por nós considerada mais adequada foi Meleis com a sua teoria de médio alcance – Teoria das Transições. É feita ainda uma abordagem ao cuidar em enfermagem perioperatória, ao *Handover* e à forma como este último se pode tornar mais eficiente e seguro usando ferramentas de comunicação e estratégias para promover a segurança do cliente cirúrgico em ambiente perioperatório.

---

<sup>4</sup> Foi usado o conceito de utente, por ser um termo mais familiar na prática dos cuidados e com o qual os enfermeiros no geral estão mais familiarizados.

No terceiro capítulo, faz-se referência às considerações éticas necessárias numa investigação e a forma como as mesmas norteiam qualquer processo de investigação.

O capítulo seguinte intitula-se de “Prática Clínica”. É um capítulo onde se faz o enquadramento metodológico desta investigação. Identifica-se aqui a forma como a mesma foi conduzida, a avaliação, as considerações finais e respetivas limitações do estudo.

No quarto capítulo, fazemos referência às atividades desenvolvidas em estágio e que contribuíram para a para o enriquecimento de todos este processo de investigação.

No penúltimo capítulo abordamos o desenvolvimento das competências de mestre em enfermagem perioperatório e a forma como as mesmas foram atingidas.

Por último, o capítulo da conclusão, apresenta uma breve resenha sobre os contributos que a sua realização trouxe para o desenvolvimento pessoal, como para o desenvolvimento e desta área específica da enfermagem, a enfermagem Perioperatória.

Para a elaboração deste trabalho escrito, foi importante adotar critérios de normalização referentes à apresentação do trabalho escrito bem como, à referenciação bibliográfica e citações. Para a apresentação do trabalho escrito foram seguidas as orientações de um documento elaborado pelo Departamento de Enfermagem do IPS-ESS, sobre “Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado (Relatório de Estágio)” e para a referenciação bibliográfica consultamos a Norma da APA (American Psychological Association).

O relatório encontra-se redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico do problema significa criar um “quadro teórico que tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) é uma generalização abstrata que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é de perceber o fenómeno em estudo.”, (Fortin,1999).

Perante um mundo em permanente evolução, com grandes mudanças, que o torna cada vez mais competitivo e exigente, ter conhecimentos não é suficiente, é necessário saber aplica-los, para que os resultados esperados sejam alcançados.

O passado permite explicar e justificar o estado atual do conhecimento e do reconhecimento da profissão de enfermagem, pois consoante o crescimento da enfermagem esta foi “quebrando os laços da dependência com o tradicional médico-científico e dedica-se a desenvolver a sua própria herança científica.”, (Watson, 2002). Podemos então, afirmar que a atualidade é o caminho que a história percorreu nos domínios do saber e da sociedade. A sociedade atual “caracteriza-se pelo seu grande dinamismo e competitividade, exigindo das pessoas e das organizações sempre mais e melhor em prol da eficiência, rapidez e qualidade, principalmente na área da saúde, onde a exigência relativa à prestação de cuidados tem que fazer parte da conduta de todos os profissionais de forma complementar visando a excelência do cuidar”, (Lucas, 2012).

Antes de nos debruçarmos sobre a relação da teoria com a problemática é importante definir alguns conceitos que serão utilizados ao longo do trabalho.

### **1.1 Cuidar em enfermagem perioperatória**

A Enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, para o cuidar humano. O cuidar é “o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana”. O que em termos gerais significa que a enfermagem “é uma disciplina orientada para a prática, o que decorre da natureza da profissão e daquilo que é o serviço que presta em termos sociais.”, (Watson, 2002; Pereira,2009).

Sendo uma profissão ao serviço dos Outros, coloca-nos num lugar privilegiado em relação a qualquer outro profissional na área da saúde.

A enfermagem perioperatória tem necessidade de acompanhar a evolução tecnológica e científica mas preocupa-se cada vez mais com o cliente, colocando-o no centro da sua atenção.

O enfermeiro perioperatório tem responsabilidades acrescidas no desenrolar das suas atividades. Avalia e identifica situações de riscos, atua de acordo com padrões de segurança e qualidade, cuidando do cliente cirúrgico de forma global, perspetivando a qualidade e continuidade dos cuidados perioperatórios. A relação que se estabelece entre cliente cirúrgico e enfermeiro perioperatório tem evoluído nos últimos tempos, procurando a mesma desprender-se da perceção muitas vezes dada, de que o enfermeiro de bloco operatório, era um profissional com excelentes competências técnicas, em detrimento das competências relacionais. Hoje a enfermagem perioperatória caminha na direção do estabelecimento de uma relação de maior proximidade e interajuda com o cliente cirúrgico, pois atualmente o foco da sua atenção “reside no doente, em todo o conforto e segurança que se exige que o mesmo tenha, num processo, que já em si, se revela de uma enorme agressividade para o mesmo” (Esteves, 2013).

A enfermagem perioperatória permite-nos, para além de todas as competências técnicas necessárias para o desenvolvimento seguro do procedimento cirúrgico, adequar o cuidar ao cliente cirúrgico, auxiliando-o no processo de transição do seu estado de saúde/doença. Podemos então afirmar que o enfermeiro perioperatório tem como função,

identificar as necessidades físicas, psíquicas e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseados no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do individuo antes, durante e após a cirurgia. (AESOP, 2006, p. 9) citando AORN (Association of Operative Registered Nurses), (1998).

A Enfermagem não pode ser vista de forma unidirecional, ela percorre dois caminhos que se tocam, se cruzam e se unem. O outro caminho é o da Enfermagem como disciplina científica. Enquanto disciplina científica alicerça-se em teorias de enfermagem que “têm uma importante missão de inter-relacionar a teoria, pesquisa e prática, uma apoiando a outra.”, (Zagonel, 1999). Tendo esta visão da Enfermagem concluímos que, a mesma se apresenta como um domínio do conhecimento prático e teórico, indissociável, que é suportada com teorias.

Teoria pode ser definida como “um agrupamento imaginativo de conhecimentos, ideais e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno”, (Watson, 2002). Queremos com isto afirmar que a teoria “aumenta a compreensão dos fenómenos estudados pela investigação e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas.”, (Fortin, 1990). Relacionando prática, teoria e investigação aliados às teorias de enfermagem conseguiremos que o resultado das investigações, conduzam ao conhecimento o que por sua vez nos guiará numa melhor prática de cuidados.

## **1.2 A Teoria das Transições**

Ao longo da vida, o ser humano vivencia e enfrenta mudanças que exigem adaptações, reorganizações e respostas para atingir o reequilíbrio. Muitas vezes, o mesmo necessita ser auxiliado a ultrapassar momentos de instabilidade, mudanças no desempenho de papéis, a ansiedade face ao desconhecido, a depressão e a insegurança, para que possam alcançar novamente o equilíbrio.

Procuraremos apresentar o contributo que a Teoria das Transições de Afaf Meleis trouxe, para a compreensão e esclarecimento de alguns conceitos que suportaram a problemática do nosso estudo. Esta teoria revelou-se muito importante para a prática dos cuidados de enfermagem e foi usada para explicar as transições de saúde/doença, onde se insere o processo de recuperação, alta hospitalar e o diagnóstico de uma doença crónica.<sup>5</sup>

A vida em si é um processo de transição, em que os estados, fases e períodos se alteram para um novo estado de equilíbrio.

Consideramos assim importante definir o conceito de transição como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outra (...) transição refere-se tanto ao processo como ao resultado de interações complexas entre ambiente e pessoas. Poderá envolver mais do que uma pessoa que possa também ela estar envolvida no contexto e na situação.<sup>6</sup>

Ao longo do ciclo de vida as pessoas enfrentam mudanças nas suas vidas que podem estar associadas a uma relativa previsibilidade e expectativa, transformando-a num

---

<sup>5</sup> “In nursing practice, transition has also been welcomed and used to explain health/illness transitions such as the recovery process, hospital discharge and diagnosis of chronic disease.” (Im, 2011, p.283).

<sup>6</sup> “A passage from one life phase, condition, or status to another (...) transition refers to both the process and the outcome of complex person- environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation. (...) Defining characteristics of transition include process, disconnectedness perception and patterns and response. (Kralik, Debbie, et al., 2006, p. 323).

momento desejado, como o nascimento de um filho. Por outro lado, podem estar associadas, a um acontecimento imprevisível e indesejado, como seja o caso de uma doença. Face a estes acontecimentos, espera-se que as pessoas “consigam mobilizar determinados recursos para enfrentar a mudança.”, (Azevedo, 2010).

A capacidade de adaptação, a necessidade de alteração de comportamentos, a necessidade de adoção de estratégias e modificação de papéis influencia a forma como cada um, vivência as situações de crise. Os fenómenos que ocorrem na vida de cada individuo podem ser considerados como eventos de vida, que se encontram em estados contínuos de transição. Assim, poderemos afirmar que cada transição tem início com um final, o que significa que as pessoas têm de abandonar as formas de estar que lhes conferiam segurança e estabilidade, face a uma interrupção forçada desse estado por uma doença.<sup>7</sup>

Quando num determinado momento da vida a pessoa passa da condição de saudável para a condição de doente, onde o restabelecimento da sua saúde requer uma intervenção cirúrgica, desenvolve-se um conjunto de sentimentos e ações que o levam a abandonar o papel que desempenhava nos meios social e familiar. Podemos ainda acrescentar que surge a dificuldade em encarar o seu novo papel e a própria situação. Significa então que, por um determinado período de tempo o papel que este desempenha na sociedade e na família é delegado em terceiros, deixando assim de conseguir poder tomar decisões.

Exemplo do que foi referido é o momento em que o cliente dá entrada num bloco operatório, altura em que o medo do desconhecido, a insegurança e a consciência da dependência dos outros, passam a ser sentimentos reais. Todos estes sentimentos causam angústia e um sofrimento que tem de ser apaziguado por quem tem competências, quem o acolhe e o admite, os enfermeiros. Estes momentos sugerem um misto de sentimentos, de entrega, de responsabilização e de crença, que impele a enfermagem perioperatória ao

respeito por aquela pessoa, aquele doente que se entrega nas mãos de desconhecidos e que acredita que o seu problema ficara resolvido e funde-se com a entrega de um grupo de profissionais cujo objetivo máximo se traduz em colocar todo o seu conhecimento, toda a sua perícia em prol da melhor prestação de cuidados possível, sempre com a visão transversal de um doente como um todo (Esteves, 2013, p. 62).

---

<sup>7</sup> “Every transition begins with an ending’, meaning that people have to let go of familiar ways of being in the world that defines who they are. This is particularly important for nurses, who often support people through forced disruptions such as illness.” (Kralik, Visentin, & Loon, 2006, p. 326).



O papel da enfermagem é apoiar o cliente que tem ao seu cuidado no momento em que o mesmo vivência ou está prestes a vivenciar um processo de transição. Numa fase de transição o desafio que se coloca aos enfermeiros e a outros profissionais de saúde envolvidos é compreender o processo de transição e desenvolver intervenções eficazes que orientem todo este processo para uma nova fase de equilíbrio, de bem-estar e segurança do cliente.<sup>8</sup>

Para que consigamos compreender o processo de transição é importante compreendê-lo de uma forma simples e associá-lo à prática diária dos nossos cuidados. Face a uma mudança, previsível ou não, entra-se num processo de transição, constituído por períodos de estabilidade, que é interrompida por um evento, passando por um período de instabilidade durante o qual todas as ações procuram atingir novamente a estabilidade. De acordo com o anteriormente referido podemos afirmar que as transições são “processos que ocorrem ao longo do tempo, envolvendo desenvolvimento, fluxo e movimento”, (Zagonel, 1999).

O cliente é um ser com necessidades individuais que interage com o meio que o envolve e se adapta de uma forma continua a todas as suas vicissitudes. No entanto, face a um acontecimento inesperado fica vulnerável e pode vivenciar um estado de desequilíbrio. A interrupção que provocou o desequilíbrio coloca a pessoa na iminência de uma situação de transição. Estes momentos podem ser considerados críticos e podem ser acompanhados por um conjunto de emoções que são despoletadas face às dificuldades com que cada um se depara durante o processo de transição.

A passagem para um novo estado de equilíbrio, para uma nova realidade só acontecerá se o individuo se consciencializar das alterações e mudanças que vivência. A consciencialização influenciará o grau de compromisso da pessoa com a interação. O compromisso de procurar ajuda, de desenvolver estratégias, identificando novas formas de viver e estar. É importante reconhecer que o seu estado anterior terminou, ou que a realidade atual está sobre ameaça e que a mudança tem de acontecer antes que o processo de transição tenha início.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> “The challenge for nurses and others involved in supporting those undergoing transition is to understand transition processes and to develop interventions which are effective in helping them to regain stability and a sense of wellbeing ...”.(Davies, 2005, p. 659).

<sup>9</sup> “Transition occurs when a person’s current reality is disrupted, causing a forced or chosen change that results in the need to construct a new reality (...). It can only occur if the person is aware of the changes that are taking place (...). This awareness is followed by engagement, where the person is immersed in the transition process and undertakes activities such as seeking information or support, identifying new ways of living and being, modifying former activities, and making sense of the circumstances. Therefore, level of awareness will influence level of engagement. Lack of awareness signifies that an individual may not be ready for transition (...) highlight the importance of a person’s need to acknowledge that a prior way of living/being has ended, or a current reality is under threat, and that change needs to occur before the transition process can begin.” (Kralik, Visentin, & Loon, 2006, p. 323)

A consciencialização de que está a ocorrer uma mudança no estado de saúde do cliente pode ser despoletada pelo enfermeiro.

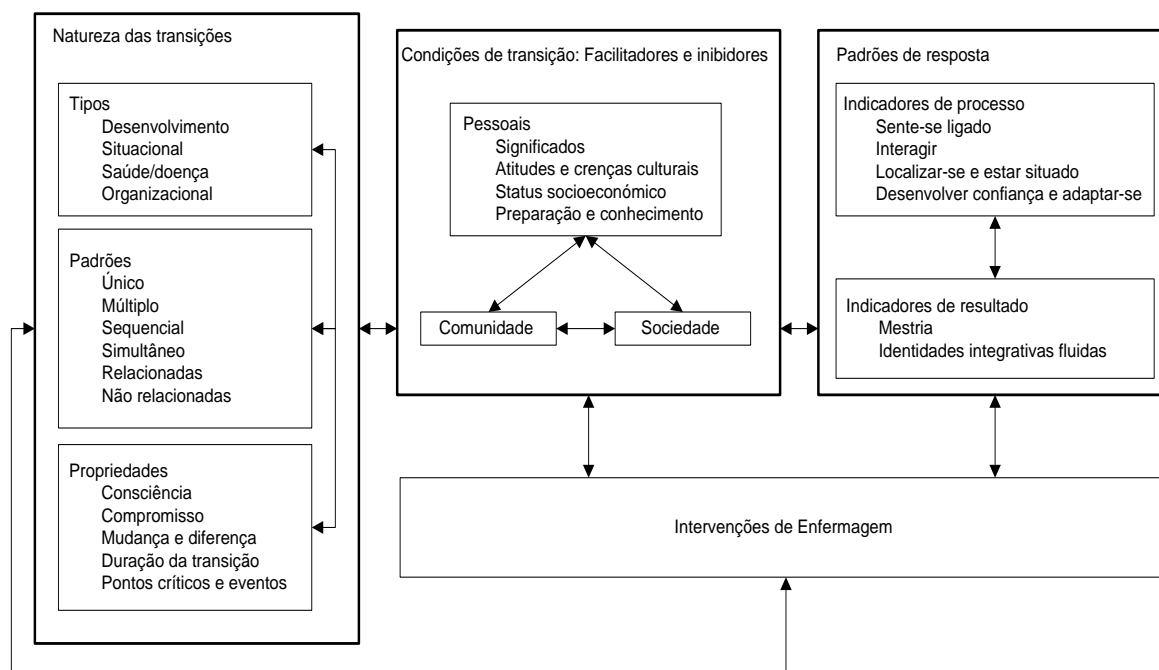
A enfermagem tem com objetivo “ facilitar o processo de transição, ajudando a as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital”, Azevedo (2011), citando Meleis e Trangnestein (1994).

O enfermeiro perioperatório é um elemento fundamental na vivência de uma transição do cliente cirúrgico. É no período pré-operatório que o enfermeiro entrará em contacto com o cliente e tomará conhecimento das suas necessidades, duvidas e receios. Quando nos deslocamos ao serviço de internamento, para conhecer, trocar experiências e escutar as inquietações do cliente, também estamos sujeitos a um processo de transição. É passar por um processo de metamorfose, de forma metafórica, é despirmo-nos da vivência, dos cuidados que prestámos ao último cliente em ambiente de bloco operatório e encarmos o próximo como um novo foco da nossa atenção.

Podemos considerar a enfermagem como um intercâmbio interpessoal que se dá entre duas pessoas, ou mais, se pensarmos nos familiares, tendo como objetivo fornecer ajuda, compreensão e esclarecimentos. Assim estaremos a ajudar o cliente levando-o ao encontro de um significado, de uma compreensão dos acontecimentos relativos ao momento de transição em que se encontra.

A Teoria das Transições é o resultado da análise de vários estudos e que conduziram a uma teoria de médio alcance, onde se destacam três domínios na área das transições, tal como nos é apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance



Fonte: Figura adaptada de Meleis, et al (2000).

Esta teoria de médio alcance foi considerada por nós, como facilitadora da prática clínica proporcionando-nos uma visão mais abrangente das transições, fornecendo-nos em simultâneo orientações mais específicas para a prática e para uma condução dos temas de investigação de forma mais sistemática e coerente.<sup>10</sup> Com esta teoria torna-se possível “precar o sentido da transição do cliente, e deste modo, implementar intervenções mais ajustadas às reais necessidades dos clientes.”, (Mota, 2011). Procuraremos fazer uma relação entre os três domínios desta teoria e realidade com que nos deparamos no desempenho diário das nossas funções.

O primeiro domínio, a natureza das transições, refere-se aos tipos, padrões e propriedades que a mesma envolve.

Foram identificados quatro tipos de transições com os quais os enfermeiros se deparam quotidianamente quando cuidam do cliente e/ou das famílias, são eles:

<sup>10</sup> “Middle-range theories are characterized by more limited scope and less abstraction than grand theories. Also, they address specific phenomena or concepts and reflect practice. Because diverse types and patterns of transitions were considered in this theoretical development, we believe that the emerging frame- work gives a more comprehensive view of transitions, providing more specific guidelines for practice and driving more systematic and coherent research questions.” (Meleis, et al., 2000, p. 27).

- O tipo de transição de desenvolvimento são as que têm recebido mais atenção, por parte da enfermagem, pois dizem respeito às alterações do ciclo de vida de cada ser humano. Embora as transições de desenvolvimento se centrem nos indivíduos, estudos há que abordam este tipo de transições nos relacionamentos entre pessoas de grupos diferentes.<sup>11</sup> Na nossa prática diária podemos relacionar este tipo de transição com a passagem do estado de gestante para o estado de puérpera, após um parto distócico por cesariana.
- Situacional, que se refere aos acontecimentos que conduzem a alteração de papéis na família, na sociedade. A natureza deste tipo de transição relaciona-se com a transição que o enfermeiro pratica quando cuida de clientes com necessidades diferentes num determinado período.<sup>12</sup> Poderá ser exemplo deste tipo de transição, um enfermeiro perioperatório a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), onde presta cuidados a clientes que foram submetidos a diferentes procedimentos anestésicos e cirúrgicos.
- Saúde/doença, que está associada a uma mudança imprevisível e não desejada. O impacto das transições relacionado com o surgimento de uma doença e a forma como o indivíduo/família as vivenciam tem sido explorado em diferentes contextos de doença;<sup>13</sup>
- Organizacional que está relacionado com as mudanças de políticas, económicas com alterações de organização de serviços. A adoção de novas políticas, procedimentos e práticas também constitui um período de transição aos quais os profissionais se têm de adaptar.<sup>14</sup> Um caso muito prático e que conduz a uma alteração de procedimentos é a nova prática recomendada pela AESOP, relativa à preparação pré-cirúrgica das mãos, onde o simples uso de

---

<sup>11</sup> “Among developmental transitions, becoming a parent is the transition that has received the most attention. (...) Other stages in the life cycle have been identified as transitions (...) Most of the work on developmental transitions has focused on the individual. However, several writers have addressed developmental transitions in relationships.” (Schumacher, Meleis, 1994, p. 120).

<sup>12</sup> “Role transitions required of nurses who simultaneously care for patients with strikingly different needs” (Schumacher, Meleis, 1994, p. 120).

<sup>13</sup> “The impact of illness-related transitions on individuals and families has been explored in a number of illness contexts.” (Schumacher, Meleis, 1994, p. 120).

<sup>14</sup> “Organizations can also experience transitions that affect the lives of persons who work within them and their clients. Organizational transitions represent transitions in the environment. They may be precipitated by changes in the wider social, political, or economic environment or by intraorganizational changes in structure or dynamics (...) The adoption of new policies, procedures, and practices also has been conceptualized as a transition. .” (Schumacher, Meleis, 1994, p. 121).

um estilete para remoção de resíduos subungueais tem conduzido a uma adaptação morosa, geradora de controvérsia. Queremos com este exemplo, indicar que os enfermeiros também passam por diferentes processos de transição. Não estando diretamente relacionados com o cuidar ao cliente cirúrgico estão implícitos, pois influenciaram a segurança do mesmo.

Os padrões explicam que uma pessoa pode vivenciar mais do que uma transição em simultâneo e que podem ou não estar relacionadas.

Quanto às propriedades da natureza das transições, as mesmas pretendem explicar que no momento em que está ou estará para ocorrer uma mudança é importante que o indivíduo se consciencialize da mesma. Esta tomada de consciência pressupõe que o indivíduo percebe, tem conhecimento e reconhece que a mudança é iminente, ou seja, significa que está preparado para esta experiência de transição, empenhando-se e envolvendo-se em todo o processo.<sup>15</sup> Ao envolver-se no processo de transição o indivíduo, cliente cirúrgico e/ou enfermeiro perioperatório, assumem um compromisso, outra das propriedades no segundo domínio na área das transições. São vários os exemplos que poderão ser dados, de acordo com a nossa prática clínica. No entanto, aquele que considerámos ser de fácil percepção e de efeito mais imediato é quando se realiza uma anestesia loco regional e, após o esclarecimento e informação quanto às vantagens do procedimento, se pede a colaboração do cliente no posicionamento.

Outra propriedade da natureza das transições é a mudança e a diferença, que embora sejam propriedades essenciais nos processos de transição não são sinónimo de transição. Todas as transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças estarão relacionadas com a transição. As transições podem ser o resultado da mudança e podem resultar em mudança. Para compreender o processo de transição é essencial conhecer e descrever os efeitos e significados da mudança, para compreender plenamente o processo de transição. As dimensões da mudança incluem a natureza, temporalidade, importância ou gravidade atribuída, e as expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança poderá estar relacionada com eventos críticos rotineiros nas relações e rotinas ou com as ideias, percepções e identidades. A diferença, refere-se às expectativas não atendidas ou divergentes, sentimentos diferentes, ou ver o mundo e os outros de forma diferente.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup>“Awareness is related to perception, knowledge, and recognition of a transition experience. Level of awareness is often reflected in the degree of congruence between what is known about processes and responses and what constitutes an expected set of responses and perceptions of individuals undergoing similar transitions.” (Meleis, et al., 2000, p. 18).

<sup>16</sup> “Change and difference are essential properties of transitions. Although similar, these properties are not interchangeable, nor are they synonymous with transition. All transitions involve change, whereas not all change is related to Transition. (...)Transitions are both the

Podemos caracterizar as transições quanto ao espaço temporal em que as mesmas ocorrem. Este espaço temporal medeia-se entre os primeiros sinais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, conduzindo a períodos de instabilidade, confusão e stress até um eventual fim, em que finalmente surge um novo período de estabilidade (Magalhães, 2011).

A maioria das transições constituem acontecimentos críticos na vida quer dos profissionais de saúde, clientes ou indivíduos, no geral. Desempenhar funções de enfermagem perioperatória a clientes em estado crítico, exige-nos uma articulação de conhecimentos e habilidades que nos permitem tomar rápidas decisões, antevendo as necessidades da equipa, reduzindo o risco e aumentando a segurança do ambiente cirúrgico, para que o equilíbrio seja novamente atingido.

O segundo domínio desta teoria refere-se às condições da transição e a forma como estas facilitam ou dificultam o processo de transição. Queremos com isto dizer que, existem condições que facilitam ou dificultam a transição e que as mesmas dependem do significado que o indivíduo atribui à mudança, de acordo com as suas experiências pessoais e personalidade. Esta está intimamente relacionada com a forma como percebe o meio que o envolve, do significado que atribui aos eventos que precipitam a transição. Outros fatores que também podem facilitar ou dificultar as transições saudáveis são as crenças, as atitudes, o nível socioeconómico, o conhecimento sobre os aspetos que envolvem a mudança e a preparação para o processo de transição.<sup>17</sup> A preparação e “conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar na gestão da situação, facilitam a experiência de transição, ao passo que o contrário prejudica todo este processo.”, (Magalhães, 2011). Ao relacionarmos este domínio com a nossa prática diária poderemos mencionar o momento em que se realiza a transferências de cuidados entre enfermeiros dos serviços de internamento e do bloco operatório. A forma

---

result of change and result in change. (...) To fully understand a transition process it is necessary to uncover and describe the effects and meanings of the changes involved. Dimensions of change that should be explored include the nature, temporality, perceived importance or severity, and personal, familial, and societal norms and expectations. Change may be related to critical or disequilibrating events, to disruptions in relationships and routines, or to ideas, perceptions, and identities. (...) difference is another property of transitions, exemplified by unmet or divergent expectations, feeling different, being perceived as different, or seeing the world and others in different ways.” (Meleis, et al., p. 19).

<sup>17</sup> “These perceptions and meanings are influenced by and in turn influence the conditions under which a transition occurs. Thus, to understand the experiences of clients during transitions, it is necessary to uncover the personal and environmental conditions that facilitate or hinder progress toward achieving a healthy transition. Personal, community, or societal conditions may facilitate or constrain the processes of healthy transitions and the outcomes of transitions.” (Meleis, et al., 2000, p. 21).

como todo este processo ocorre, a interação entre os pares, a forma como comunicam entre si e descrevem os aspetos mais relevantes do cliente, transmitir-lhe-ão maior segurança “de forma a minimizar os efeitos que a passagem de serviços e de equipa pode causar no mesmo.”, preparando-o assim para uma transição mais tranquila e saudável. (Esteves, 2013). Quando o cliente está devidamente informado e esclarecido sobre os aspetos que envolvem a mudança, certamente que lhe será mais fácil criar “laços de confiança com a nova equipa que o recebe, por sua vez um doente desinformado pode aumentar os níveis de ansiedade e stresse que sente”, no momento de transição. (Idem)

Os recursos disponíveis na comunidade podem também ser agentes facilitadores ou dificultadores no processo de transição, sendo importante o apoio familiar e social, o acesso à informação e o esclarecimento de dúvidas.

Outra condição das transições é a sociedade, que pode também ela ser um agente facilitador ou não no processo de mudança.

O último domínio da teoria das transições refere-se aos padrões de resposta que incluem indicadores de processo e de resultado. Os primeiros referem-se à necessidade do individuo se sentir ligado a alguém que lhe possa dar apoio, esclarecer dúvidas e fazê-lo sentir-se seguro. Quando uma transição é bem-sucedida o individuo deixa de se sentir angustiado passando para sensações de bem-estar.<sup>18</sup> Esta sensação de bem-estar é um indicador de uma transição saudável, pois “a interação entre os diversos elementos envolvidos no processo de transição permitem um contexto harmonioso e efectivo de auxílio, colaboração e ajuda.”, (Azevedo, 2010). Um fato importante nas transições é a necessidade do individuo se localizar e estar situado no tempo e no espaço e nas relações que estabelece durante este período.

É importante para que a transição se desenvolva que o individuo coloque questões e compare o seu estado atual com o anterior e tenha uma perspetiva do que pretende alcançar. Para tal, é importante que se sinta confiante e confie nas pessoas, profissionais de saúde e outros que lhe sejam significativos.

Os indicadores de resultados, dos padrões de resposta da teoria das transições, manifestam-se pela mestria e pela integração fluida de identidade.

Falamos de mestria quando após a conclusão saudável de uma transição o indivíduo apresenta domínio nas habilidades e comportamentos necessários para viver a

---

<sup>18</sup> “When a successful transition is occurring feelings of distress give way to a sense of well-being.” (Schumacher, Meleis, 1994, p. 124).

nova situação e sentir-se integrado no novo ambiente.<sup>19</sup> São exemplos deste indicador, a aquisição de informação e de conhecimentos, as relações sociais, o crescimento e a consolidação das relações existentes entre indivíduos tornando-as mais sólidas e o desenvolvimento de formas de adaptação à mudança através da consciência do self. Esta tomada de consciência, sugere-nos a relação entre a forma como o indivíduo interioriza as alterações introduzidas na sua vida, para uma melhor adaptação à realidade após a transição. (Magalhães, 2011).

A Teoria das Transições de Meleis, permite-nos compreender como se processam as transições. Ao prestar cuidados a um cliente que se encontra num período de transição o enfermeiro dispõe de condições que o colocam numa posição de destaque, face a qualquer outro profissional de saúde. Os enfermeiros, por ocuparem esta posição de realce, constituem o elemento fundamental para a identificação e compreensão dos fenómenos de transição, prevendo, traçando e implementando um conjunto de atividades de enfermagem dentro deste processo de transições. (Castro, 2007).

Ao prestar cuidados a um cliente em transição, o enfermeiro perioperatório deve partir de pressupostos básicos que se prendem com o respeito e identificação das necessidades individuais do cliente e pela compreensão da transição.

O sucesso da transição é conseguido quando se compreende “o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente.”. O importante, nestes momentos é

fornecer suporte a uma pessoa em transição, auxiliando-a ao proteger e manter a sua saúde para o futuro. O objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições condutivas a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico integral. (Zagonel, 1999, p. 30).

Quando partimos do pressuposto de que cuidamos de uma forma holística o cliente, significa que

o enfermeiro interage (interacção) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), o qual é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e se encontra em algum género de transição ou antecipando a transição (transição); a interacção enfermeiro – cliente organiza-se com algum propósito (processo de enfermagem, resolução de problemas, intervenção

---

<sup>19</sup> “A healthy completion of a transition is determined by the extent to which individuals demonstrate mastery of the skills and behaviors needed to manage their new situations or environments.” (Meleis, et al., 2000, p. 26).



holística, cuidar), fazendo os enfermeiros uso de algumas acções (terapêuticas de enfermagem) para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar. (Azevedo, 2010, p. 56).

As intervenções de enfermagem, definem todas as atividades e ações de enfermagem que são deliberadamente criadas para cuidar o cliente.<sup>20</sup>

A transição é um conceito central no domínio da enfermagem com implicações na prática dos cuidados de enfermagem. Pode fornecer um quadro onde são descritas as necessidades específicas do cliente, durante a admissão, alta, recuperação e/ou transferência.<sup>21</sup>

Os enfermeiros são os cuidadores diretos dos clientes desenvolvendo uma relação de maior proximidade, o que permite estar numa “situação privilegiada para antecipar ou detectar as transições e identificar atempadamente indicadores de processo que podem facilitar a transição saudável ou aumentar a vulnerabilidade, permitindo assim o desenvolvimento de intervenções que propiciem resultados positivos”, (Azevedo, 2010).

Quando tomamos consciência de que somos os principais agentes facilitadores do processo de transição em que o cliente está envolvido, por sermos detentores de conhecimento, de experiência, de sensibilidade, criamos as condições essenciais para cuidar de forma holística, conduzindo-o a uma transição saudável.

### **1.3 *Handover* um momento de transição**

Procuraremos explicar ao longo deste subcapítulo a forma como a teoria das transições influencia o cuidar na altura em que se realiza o *Handover*, no momento em que o cliente é admitido no bloco operatório.

O conceito de *Handover* define-se como a transferência de responsabilidade dos cuidados entre profissionais de saúde e na transmissão de informação sobre alguns ou todos os aspetos relacionados com o atendimento de um ou mais clientes para uma outra pessoa, ou grupo profissional, de forma temporária ou permanente.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> “Nursing therapeutics is defined as all nursing activities and actions deliberately designed to care for nursing clients.” (Meleis, 2012, p. 1905).

<sup>21</sup> “The centrality of transitions may also have implications for nursing practice by providing clinicians with a framework to describe the critical needs of patients during admission, discharge, recovery, and transfer. (Schumacher, Meleis, 1994, p.125).

<sup>22</sup> “Clinical *Handover* is defined as the transfer of professional responsibility and accountability for some or all aspects of care for a patient or group of patients to another person or professional group on a temporary or permanent basis. (Johnson, Cowin, 2013, p. 122).

*Handover* é um momento de transição na prestação de cuidados ao cliente, em que a transmissão de informação e a transferência de responsabilidades relativas ao mesmo, passam de um profissional ou equipa de saúde para outros.<sup>23</sup>

A palavra *Handover* encontra-se traduzida no dicionário inglês-português como uma “transferência”.<sup>24</sup> No site da Porto Editora o mesmo conceito refere-se a uma “passagem, transmissão, transferência.”<sup>25</sup> É nosso entendimento que o *Handover* ao longo deste trabalho se refere à transmissão de informação relativa ao cliente e a transferência de cuidados para outros profissionais de saúde, com vista a assegurar a continuidade de cuidados.

O enfermeiro ao realizar o *Handover* do cliente que tem ao seu cuidado está a auxiliá-lo no seu processo de transição. Ao saber identificar as necessidades e a natureza da transição, o enfermeiro facilita, promove e apoia o cliente nesta fase de desequilíbrio, nestes momentos críticos.

O *Handover* associa-se também a um processo de transição entre diferentes prestadores de cuidados. É uma prática ancestral nos cuidados de enfermagem, no entanto, tem-se verificado uma fragmentação na prestação de cuidados de saúde. Esta fragmentação está intimamente relacionada com “as falhas na transferência de informação entre organizações.”, (Azevedo e Sousa, 2012). Ainda de acordo com os mesmos autores, é importante para que os cuidados de enfermagem tenham um desenvolvimento seguro e seja valorizada “a riqueza informativa e as opções de documentação dos enfermeiros nos contextos da prática (...) tendo como finalidade a melhoria da continuidade e qualidade de cuidados e dos fluxos informacionais, que contribuam para uma melhor integração e transição de cuidados entre diferentes contextos de cuidados de saúde.”

A informação relativa ao cliente tem de ser partilha no momento em que se realiza o *Handover*, para que a continuidade dos cuidados seja efetiva. A forma como o *Handover* se desenrola, levará, idealmente, a um profundo conhecimento do cliente cirúrgico, que “se vai receber como também uma enorme preocupação na comunicação que se estabelece entre os pares, de forma a minimizar os efeitos que a passagem de serviços e de equipa possa causar no mesmo.”, (Esteves, 2013). Sendo o *Handover* um

---

<sup>23</sup> “A *Handover* is a transition point in patient care where one individual or team passes responsibility for, and information about, a patient to another.” (Galliers, et al., 2011, p. 499).

<sup>24</sup> *Dicionário Escolar de Inglês-Português/Português-Inglês*. (2011).

<sup>25</sup> Em Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2013. Disponível em [www: <URL: http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/Handover>](http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/Handover). Acedido em 2013-08-20.

processo de transição, o mesmo atravessa fronteiras físicas e temporais, importantes para a segurança do cliente durante o seu período de doença. As primeiras transições estão relacionadas com a passagem da prestação de cuidados de uma equipa para outra e as segundas relacionadas com as mudanças de turno dos profissionais de saúde. Fracas transições têm sido implicadas em situações que causaram danos aos clientes, resultantes de práticas incorretas.<sup>26</sup> Estas barreiras são potenciadas quando a comunicação entre profissionais de saúde e estes com os clientes não é efetiva. Queremos com isto dizer que, o *Handover* é um momento crucial na prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e que quaisquer erros ou omissões cometidas durante este processo podem ter consequências danosas.<sup>27</sup>

A comunicação é fundamental, entre as diferentes áreas de atuação, na promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem, como também para a prevenção de complicações que podem resultar em danos para o cliente. O objetivo desta continuidade de cuidados será “dar continuidade ao que está planeado, ao que foi iniciado e precisa de ser continuado para se obter um resultado esperado.”, (Silva, 2011).

A interação, a capacidade de nos relacionarmos com o outro, assenta numa partilha de informação constitui a capacidade de conseguirmos comunicar. Por outras palavras, comunicar “consiste em exprimir-se e em permitir ao outro fazê-lo.” (Phaneuf, 2005). Comunicar, poderá assim ser definida como a capacidade que os indivíduos têm em se relacionar e a forma como a mensagem comunicada conduz a um ir e vir de informação, de pergunta e resposta, procurando intencionalmente o esclarecimento e partilha de informação. No entanto, comunicar não se faz apenas da utilização da componente verbal, toda a comunicação não-verbal, constitui uma importante fonte de informação. Comunicação, é o meio que permite a relação entre clientes e profissionais de saúde e estes últimos entre si. É a comunicação, que “no seio de uma equipa multidisciplinar representa a partilha de informação especializada (...) de forma a ser possível intervir com maior fundamento e abrangência, ou seja através de uma avaliação holística da situação do cliente.” (Lucas, 2010).

---

<sup>26</sup> “These transitions cross boundaries of space (as the patient progresses from the care of one team to another) and time (as healthcare professionals change shift) and are important for a safe patient journey: poor transitions have been implicated in incidents of patient harm, poor outcomes and ineffective work practices.” (Galliers, et al., 2011, p. 499).

<sup>27</sup> “*Handover* is a crucial part of providing quality nursing care... any errors or omissions made during the *Handover* process may have dangerous consequences.” (Scovell, 2010, p. 35).

O ato de comunicar tem de ser efetuado “de forma responsável quando um problema tem de ser resolvido, significa comunicar de uma forma lógica baseada no nosso conhecimento de enfermagem e nos factos tal como se apresentam”, (Riley, 2004).

Quando numa equipa existem falhas de comunicação surge uma relação direta de causa efeito entre estas falhas e a segurança e bem-estar no cuidar, quer do cuidador quer daquele que necessita ser cuidado. O processo de comunicação é fundamental para que as relações na equipa e entre equipas, seja um processo dinâmico, construtivo e de aprendizagem onde todos procurem a informação necessária para uma prestação de cuidados de enfermagem eficaz e segura.

As falhas constituem eventos adversos que se definem como a ocorrência de um evento negativo

para além da nossa vontade e como consequência do tratamento, mas não da doença que lhe deu origem, causando algum tipo de dano, desde uma simples perturbação do fluxo de trabalho clínico a um dano permanente ou mesmo a morte. (Fragata, 2006, p. 41).

Os eventos adversos e os erros que existem na atividade diária dos cuidados de saúde, tem associada uma componente que se refere, à incapacidade que as equipas ou serviços têm em controlar um conjunto de acontecimentos, no decorrer do seu normal funcionamento.

Os enfermeiros na sua prática diária deparam-se com momentos de vulnerabilidade, de incertezas, de desafios, associados à desmotivação e ao descontentamento. Um ambiente carregado de pontos fracos, de fragilidades conduz-nos a “práticas menos correctas, a combinação das falhas latentes no sistema com as falhas activas exercidas pelos indivíduos (erros) propicia a ocorrência de acidentes.”. Os acidentes “resultam quase sempre, não de um acto isolado, mas de uma sucessão de ocorrências que se alinham para provocar o acidente final. (Fragata e Martins, 2004)

Compreende-se então que “a segurança dos doentes, principalmente as consequências que resultam das «falhas» é, sem sombra de dúvida, um dos temas mais sensíveis e delicados de abordar na área da saúde.”, (Sousa, 2006).

O tema da segurança dos clientes é hoje, internacionalmente reconhecida como um elemento fundamental nas boas práticas da saúde. No entanto, há ainda um longo caminho a percorrer, para que se consiga alcançar a Qualidade em Saúde. O mesmo tema está associado à ideia de que “estamos perante um conceito pragmático e bem delimitado, logo fácil de identificar, analisar e propor mudanças no sentido da sua redução, ou

eliminação.”, (Sousa, 2006). No entanto, tal não se verifica, pois atualmente um dos principais problemas de saúde pública está relacionado com a segurança do cliente. A realidade mostra-nos “ algumas particularidades que tornam difícil a sua abordagem devido, essencialmente, à complexidade das organizações de saúde, ao carácter multifactorial das situações que estão por detrás das *falhas de segurança*, e, não menos importante, à sensibilidade do tema.”. (Idem)

Como já foi referido o *Handover* faz parte do processo de transição de um prestador de cuidados para outro e de um serviço de saúde para outro, no entanto, o *Handover* pode não fornecer toda a informação que é essencial para a prestação de cuidados seguros, o que pode comprometer a continuidade dos cuidados e levar a um tratamento inadequado e potencialmente causar danos.<sup>28</sup> Torna-se compreensível que a causa de um *Handover* ineficaz está relacionada com a falta de organização e estruturação do conteúdo da informação.

Existem outras razões para que o *Handover* seja deficiente e estão relacionadas com questões organizacionais, ou seja, “carências formativas nesta área; falta de instrumentos de trabalho (guias/normas) que auxiliem no processo de acolhimento de doentes e factores relacionados com a carência de pessoal de enfermagem, condições de trabalho e motivação profissional.” (Cardoso e Pinto, 2002).

Conclui-se então que os principais problemas do *Handover* estão relacionados com a falta de estruturação, coesão e clareza na informação oral no momento em que os clientes são transferidos de serviços ou entre diferentes equipas. Os tópicos ou assuntos partilhados são inconsistentes e o conteúdo do *Handover* muda consoante a equipa de cuidadores. Uma recomendação frequente foi a necessidade da existência de um instrumento estruturado para o *Handover* do cliente. Outros problemas identificados relacionam-se com informações insuficientes (particularmente em informação documentada), distrações, faltas de confidencialidade e informações dadas irrelevantes ou incorretas. Foram observados resultados positivos com a implementação de *Handovers* estruturados. Foram identificados factores específicos para o *Handover*, entre outros,

---

<sup>28</sup> “*Handover* is part of the process of patient transition from one care provider to another, and from one care area to another (...) However, *Handovers* may not give all information that is essential for safe care. (...) This can interrupt continuity of care, lead to inappropriate treatment and potentially cause harm (...) Problems in *Handover* processes in most disciplines and contexts included lack of structure. (...) Inadequate *Handovers* also include information missing, incorrect or irrelevant. Missing information or incorrect information handed over in one study of medical staff handing over to each other in the ED was linked by participants to adverse patient events.” (Calleja, Aitken & Cooke, 2011, p. 12).

informações do processo clínico, características individuais do cliente, recursos e elementos éticos e ambientais.<sup>29</sup>

O conteúdo da informação relacionado com o cliente forma o corpo do *Handover*, que pode ser subdivida em detalhes logísticos (nome, idade, diagnóstico), seguido por detalhes do processo de enfermagem, o envolvimento interdisciplinar e elementos psicossociais do cuidado.<sup>30</sup>

Após a identificação de alguns fatores necessários ao *Handover*, é importante organizar e identificar o que se pretende comunicar, a informação e o conhecimento que devem ser incluídos para implementar um *Handover* estruturado.<sup>31</sup> Desta forma poderemos tornar os cuidados de saúde mais seguros, tanto para os clientes como para os profissionais. Ao abordar uma prática de cuidados segura, referimo-nos a “ processos ou estruturas, que quando aplicadas reduzem a probabilidade de efeitos adversos resultantes da exposição a diversas doenças e procedimentos do sistema de cuidados de saúde.”, (Valido, 2011).

É importante reforçar a ideia, de que a gestão da segurança está intimamente relacionada com a existência de modelos que proporcionam uma melhoria na prática dos cuidados. De acordo com vários autores, existem medidas que podem ser adotadas pelas instituições e que proporcionam condições para que sejam reduzidos ou eliminados os fatores que potencializam os eventos adversos e os erros. Essas medidas são a existência de “Sistema/protocolo de notificação de eventos adversos; Actividade de formação profissional contínua; Processo clínico informatizado; Sistema de prescrição de medicação e indicações terapêuticas on-line; Guidelines, Checklists e protocolos de actuação.”, (Lima, 2011).

Desempenhar funções em ambientes complexos, como o ambiente de bloco operatório, constitui por si só um risco, que pode ser minimizado se forem adotadas medidas, que promovam um ambiente e uma cultura de segurança.

---

<sup>29</sup> “The main issues with *Handover* were little structure and poor clarity in oral *Handovers* where patients changed departments/wards or caregivers. Topics or issues handed over were inconsistent and the content of *Handovers* changed with different staff. A frequent recommendation was the need for a structured guide for *Handover* of patient information. Other problems identified included missing information (particularly in documented information), distractions, lack of confidentiality and irrelevant and inaccurate information given. Interventions that were implemented showed positive outcomes when focused on improving the structure of *Handover*. Factors identified as specific issues for clinical *Handover* included process factors, patient factors, resources, individual factors, environment and ethical elements.” (Calleja, Aitken & Cooke, 2011, p. 13).

<sup>30</sup> “The passing on of patient-related information forms the body of the *Handover*, although this can also be subdivided into logistic details (name, age, diagnosis), followed by details of the nursing process, interdisciplinary involvement and psychosocial elements of care.” (Scovell, 2010, p. 38).

<sup>31</sup> “By implementing a standardised *Handover*, nursing staff are able to have common expectations of what is to be communicated, the presentation of information requirements and knowledge elements to be incorporated.” (Matic, Davidson & Salamonson, 2013, p. 187).

A National Patient Safety Agency (2004) desenvolveu um documento intitulado “Seven Steps to Patient Safety a Guide for NHS Staff”, onde se encontram descritos sete passos essenciais para promover e melhorar a segurança do cliente e consequentemente a qualidade na prestação dos cuidados de saúde, Quadro 1. A intenção de cada um destes passos é fornecer “uma checklist que ajuda a planear as actividades e a medir o desempenho e a efectividade das acções adoptadas para promover a segurança dos doentes”, (Sousa, 2006)

Quadro 1 – Sete passos essenciais para melhorar a segurança dos doentes

1- <i>Build a safety culture</i>	<b>Estabelecer um ambiente de segurança através de uma cultura aberta e justa</b>
2- <i>Lead and support your staff</i>	Liderança forte e apoio das equipas de saúde em torno da segurança dos doentes
3- <i>Integrate your risk management activity</i>	Integrar as actividades de gestão do risco desde a identificação das causas até à definição das acções correctivas e/ou preventiva
4- <i>Promote reporting</i>	Promover o reporte dos eventos adversos ou near misses, assegurando que os profissionais de saúde podem facilmente, e sem receios persecutórios, reportar os incidentes
5- <i>Involve and communicate with patients and the public</i>	Envolver e comunicar com os doentes e com a sociedade em geral. Desenvolver formas para comunicar e auscultar os doentes acerca da problemática dos eventos adversos
6- <i>Learn and share safety lessons</i>	Aprender e partilhar experiências. Encorajar os profissionais de saúde a analisar a raiz dos problemas e as causas que estão subjacentes no sentido de aprender como e porquê o incidente ocorreu. A difusão de informação acerca das causas dos incidentes é fundamental para diminuir ou evitar episódios recorrentes
7- <i>Implement solutions to prevent harm</i>	Implementar soluções, para prevenir a ocorrência de situações que possam provocar danos nos doentes, através de mudanças nas práticas, nos processos e na estrutura da organização, sempre que tal se verifique necessário

Fonte: Documento Adaptado de National Patient Safety Agency – Seven steps to patient safety a guide for NHS staff (2004)

Ao realizarmos o *Handover*, temos invariavelmente de comunicar. Ora quando existem falhas na comunicação é nosso crer que as mesmas têm de ser analisadas, para que consigamos desenvolver estratégias e implementar soluções no sentido de as corrigir. Sendo esta última um passo recomendado no quadro anteriormente apresentado, cujo conteúdo foi criado pela National Patient Safety Agency para melhorar a segurança de todos os intervenientes na área do cuidar.

Uma intervenção cirúrgica tem implicações psicossociais que condicionam a qualidade de vida do cliente. Será sempre “complexa e transversal, cruzando muitas fronteiras dentro da própria organização.”, (Fragata, 2006).

Os clientes encontram-se vulneráveis aos eventos adversos, mas são os clientes cirúrgicos os mais vulneráveis, pois são sujeitos a um número significativo de transições no período perioperatório. As transições entre estas fases são consideradas intervalos de tempo de alto risco. Em cada fase deste período, cada equipa de cuidadores tem responsabilidades e objetivos específicos que são tão diferentes quanto semelhantes.<sup>32</sup>

A enfermagem perioperatória tem como objetivos

ajudar os clientes e os seus significativos no decorrer de um evento cirúrgico; ajudar a promover resultados positivos e ajudar os clientes a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar após a cirurgia (...) estamos a formular metas, orientadas para o cliente. (Nunes, 2012, p. 21).

De um ponto de vista mais crítico podemos dizer que existe “um objetivo contínuo: assegurar um padrão de excelência no cuidado prestado a um cliente específico, antes, durante e após a cirurgia.”, (Idem).

A nossa intervenção de enfermagem perioperatória tem início no período pré-operatório, quando nos deslocamos ao serviço onde o cliente está internado para nos darmos a conhecer e conhecer a pessoa que iremos ter ao nosso cuidado no dia da intervenção cirúrgica. Este contato inicial com o cliente cirúrgico designa-se por visita pré-operatória (VPO). Surge então, o conceito de visita pré-operatória, cuja definição se refere a um

encontro entre doente e família mais próxima, enfermeira do serviço e a enfermeira da sala de operações, com o fim de se estabelecer uma relação de confiança de responder às suas questões relacionadas com o desenrolar do dia na sala de operações, de atenuar o medo e o stress relacionado com a intervenção futura, de constatar o estado físico e psicológico do utente para estabelecer um plano de cuidados personalizado. (Cabrita, 2011).

A realização da VPO é de extrema importância pois é através dela que conheceremos o nosso cliente, as suas necessidades e as suas preocupações. Com esta visita ser-mos-á possível adequar o cuidar de enfermagem perioperatório ao cliente no dia da sua cirurgia. No entanto, e dada a realidade dos nossos tempos, muitas são as barreiras que se levantam à realização da mesma. Sem dúvida, que as que se tornam intransponíveis são as barreiras administrativas e hierárquicas. Todas as outras com gestos de boa vontade

---

<sup>32</sup> “The surgical patient is more vulnerable to hand- off errors than patients in other clinical specialties because of the prodigious number of checkpoints and transitions that occur throughout the preoperative, intraoperative, and postoperative phases of care. Transitions between these phases are considered high-risk time frames.” (Amato, Barba, & Vealy, 2008, p. 763).



e sacrifício, serão mais fáceis de destronar, como por exemplo: a falta de sistematização da prática, falta de tempo, falta de recursos humanos, excesso de trabalho e até a falta de motivação para a fazer. Pensemos que a VPO constitui a primeira intervenção da enfermagem perioperatória.

Se o enfermeiro do serviço de internamento não consegue proceder ao *Handover* pelas razões mencionadas anteriormente, se o enfermeiro perioperatório não consegue efetuar a VPO, surgem as falhas, as dificuldades e a preocupação de que os cuidados de enfermagem estarão comprometidos, bem como a sua continuidade.

Quando realizamos o *Handover*, estamos a acolher ou seja, a “admitir em sua casa ou companhia”, (Vieira, 2002).

É importante tomarmos consciência de que a forma como admitimos um cliente, neste caso cirúrgico, condicionara o percurso do seu internamento e a atitude em relação aos profissionais que intervieram no seu processo de doença.

O enfermeiro perioperatório também experimenta um processo de transição quando efetiva o *Handover*, no momento em que acolhe o cliente. No início deste processo o enfermeiro perioperatório é confrontado com um novo evento, uma pessoa diferente com a sua especificidade que precisa dos seus cuidados, que necessita de um profissional competente que lhe transmita segurança e confiabilidade. Um evento cirúrgico pode ser visto como uma curta-metragem na vida de cada indivíduo, ao qual está associado um determinado simbolismo, desencadeando situações de desajuste e consequente sofrimento e angústia. Ao tomar conhecimento das necessidades do cliente, o enfermeiro perioperatório inicia o planeamento de atividades baseadas no seu conhecimento científico e experiência, procurando adaptar o cuidar, auxiliando-o na travessia desta fase de transição.

Nem sempre, esta fase do processo de enfermagem decorre como desejaríamos, gerando alguma insatisfação tanto nos clientes como nos próprios profissionais de saúde.

Não é suficiente, no momento em que admitimos o cliente no bloco operatório, desejar as boas vindas, abrindo-lhe a porta da nossa “casa”, temos de ser capazes de o tomar ao nosso cuidado com respeito, responsabilidade e competência.

Imagine-se uma cena, em que nós somos os atores e conduzimos a ação e o espectador, o cliente, observa o desenrolar da mesma, estaremos ou não a provocar maior insegurança e receio, quando a nossa comunicação não é eficaz.

Para conseguirmos atingir uma comunicabilidade a comunicação tem de ser eficaz pois, “ influencia a capacidade do enfermeiro para compartilhar, solucionar problemas, alcançar metas (...) e ser eficiente nos papéis fundamentais”, (Taylor, Lillis & Lemone, 2007).

Esta meta diz respeito à nossa capacidade em auxiliar o cliente na sua fase de transição de saúde/doença mas também facilitar a transição dos cuidados de um cuidador para outro. Este último prende-se com o fato, de ser necessária a intervenção de diferentes níveis de cuidados no período de hospitalização do cliente.

A profissão de enfermagem tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, ao longo do seu ciclo vital, tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.<sup>33</sup> Queremos com isto afirmar que, somos responsáveis e temos o dever de

excelência e, conseqüentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro; a excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados, o que corresponde a realizar plenamente a obrigação profissional. (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 9).

Face ao apresentado anteriormente, parece-nos pertinente considerar que é importante promover uma cultura de segurança do cliente. Existem medidas que podem ser tomadas e que preconizam a segurança do cliente e da equipa. Estas medidas estão relacionadas com a “introdução de protocolos escritos que sirvam de guiões de consulta e a realização de “check lists” e “briefings” iniciais, antes de começar qualquer caso, envolvendo todos os potenciais interventores é verdadeiramente crucial e deve ser prontamente adoptada por todos nós.”, (Fragata, 2006).

A abordagem padronizada do *Handover* na comunicação ajuda a minimizar os riscos.<sup>34</sup> A padronização deste processo melhora as atividades diárias e respetivas rotinas, uniformiza procedimentos e contribui para a melhoria da “ comunicação dos profissionais de saúde e estratégias para melhorar o trabalho (...) contribuem para melhorar o sistema.”, (Lima, 2011).

---

<sup>33</sup> Cf. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual. Conselho de Enfermagem Ordem dos Enfermeiros, dezembro de 2001.

<sup>34</sup> “A standardized approach to hand-off communication helps minimize these risks.” (Amato, Barba, & Vealy, 2008, p. 763).

## 1.4 *Checklist* para comunicar

É nítida a importância da existência de um instrumento de trabalho, que venha facilitar a transmissão de informação com exatidão, para que seja entendida de forma clara e sem ambiguidades.

Apesar de muito se falar em *checklist*, poucos são os que efetivamente conhecem os seus benefícios. A aplicação de uma *checklist*, qualquer que seja o âmbito, mas em particular na saúde, auxiliará os seus utilizadores no cumprimento de procedimentos e tarefas promovendo e criando uma cultura de segurança. A utilização de uma *checklist* no bloco operatório servirá como: uma estratégia de defesa na prevenção do erro humano, como um instrumento de auxílio relembrando as tarefas que devem ser desempenhadas; uma forma de normalizar tarefas e facilitar a coordenação da equipa proporcionando um ambiente e uma cultura de segurança; um suporte no controlo da qualidade por parte da gestão hospitalar, das auditorias e um controlo por parte das chefias.<sup>35</sup>

Se pensarmos na realidade dos serviços de saúde, onde os cuidados de enfermagem são cada vez em maior número e complexidade, onde o número adequado de enfermeiros para as realizar não é suficiente, conduz a uma sobrecarga de trabalho. Naturalmente que existem procedimentos que não são realizados, por falta de tempo, de incapacidade de gerir os cuidados, e a crença de que o simples facto de saltar por cima de alguns passos convencendo-se que mais tarde os realizarão, conduz à “falibilidade da memória e atenção humanas, especialmente quando se trata de assuntos vulgares e rotineiros que escapam com facilidade sob a tensão de acontecimentos mais prementes”, (Gawande, 2010).

A *checklist* recorda-nos os passos essenciais e necessários para nos proteger contra falhas e/ou esquecimentos, proporcionando “a possibilidade de verificação, como também induzem uma espécie de disciplina de desempenho mais elevada.”, (Idem).

Nos Estados Unidos e após a publicação de um relatório, em 1999 num Instituto de Medicina, sobre o erro médico e as implicações que os mesmos tinham nas vidas humanas, foi constituído um grupo de trabalho pela Kaiser Permanent sobre segurança do cliente. Este grupo desenvolveu uma técnica de comunicação, que tem vindo a ser

---

<sup>35</sup> “a checklist in the operating room should serve as • a defense strategy to prevent human errors • a memory aid to enhance task performance • standardization of the tasks to facilitate team coordination • a means to create and maintain a safety culture in the operation room • support quality control by hospital management, government, and inspectors.” (Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman, 2009, p. 718).

utilizada, trabalhada e adaptada, consoante as necessidades dos seus utilizadores. Surgiu assim, o SBAR (Situation– Situação; Background – Antecedentes; Assessment – Avaliação; Recommendation – Recomendações).

Após a concessão da autorização para adequar o SBAR à nossa realidade, elaborámos um Instrumento Orientador onde utilizamos o SBAR, para o *Handover*. Procurámos assim que a mesma constitua uma linha de base para futuros *Handovers* certificando que os clientes estão seguros, do ponto de vista do conforto e segurança no momento em que são acolhidos no bloco operatório.

O SBAR é uma técnica de comunicação que fornece um quadro padronizado para a comunicação entre os membros da equipa de saúde sobre a condição do cliente. Esta técnica é fácil de lembrar, apresenta um desencadeamento lógico de assuntos a abordar o que facilita o estabelecimento de um diálogo. Fornece ainda uma forma focada para definir as expectativas para o que vai ser comunicado e como vai ser comunicado, que é essencial para o desenvolvimento do trabalho em equipa, promovendo uma cultura de segurança do cliente.<sup>36</sup>

Esta técnica de comunicação, tal como se nos apresenta é uma mnemónica em que cada letra constitui um passo para um *Handover* estruturado. Após uma leitura aprofundada da bibliografia referente a esta temática, consideramos importante elaborar e apresentar o Quadro 2 onde de forma resumida explana o que se pretende com cada um dos passos.

A operacionalização do SBAR ajuda a evitar erros ao fornecer uma abordagem padronizada para os membros da equipa perioperatória.<sup>37</sup> Ao fazer uso desta ferramenta que em termos de estrutura é uma *checklist*, esta irá ao encontro dos cuidados de enfermagem realizados ao cliente no período pré operatório, promovendo a sua uniformidade e significativa melhoria da informação partilhada e comunicada no momento de admissão, no bloco operatório. O facto de se realizar uma *checklist* onde se encontram listados os procedimentos necessários para que os nossos cuidados perioperatórios decorram em segurança e com qualidade, garantindo a continuidade de cuidados, junto do

---

<sup>36</sup> “The SBAR (...) communication technique provides a standardized framework for communication between members of the health care team about a patient's condition. The SBAR technique is an easy-to-remember, concrete mechanism useful for framing a conversation, especially a critical one that requires a clinician's immediate attention and action. It provides a focused way to set expectations for what will be communicated and how it will be communicated between members of the team, which is essential for developing teamwork and fostering a culture of patient safety.” (Amato, Barba & Vealy, 2008, p. 764).

<sup>37</sup> “The SBAR technique helps prevent errors by providing a standardized approach for perioperative staff members.” (Amato, Barba & Vealy, 2008, p.764).

enfermeiro do serviço de proveniência do cliente, levará, em nosso crer, à consciencialização de todos para a importância da sua realização, promovendo também assim o trabalho em equipa.

Quadro 2 – Uma técnica de comunicação - SBAR

<b>S</b>	<b>Situation</b> – What is going on with the patient? Identify yourself and the patient. A concise statement of the problem.	<b>Situação</b> - O que se passa com o cliente? Identificação do profissional de saúde e do cliente. Uma descrição sucinta do problema.
<b>B</b>	<b>Background</b> - What is the background on this patient? Review the chart before speaking up if the situation allows the time. Anticipate questions the other care provider may have. Pertinent and brief information related to the situation.	<b>Antecedentes</b> – Quais os antecedentes deste cliente? Transmissão de informações pertinentes e breves relacionadas com a situação clínica do mesmo.
<b>A</b>	<b>Assessment</b> - Provide your observations and evaluations of the patient's current state.	<b>Avaliação</b> - Fornecer as observações e avaliações do estado atual do cliente.
<b>R</b>	<b>Recommendation</b> - Make an informed suggestion based on sound information for the continued care of the patient.	<b>Recomendação</b> – Efetuar recomendações com base no conhecimento do cliente para garantir a continuidade do cuidado

Fonte: Kaiser Permanent disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>

Para criar uma *checklist* é importante saber o fim a que se destina, é importante então decidir se queremos “uma checklist fazer-confirmar ou uma checklist ler-fazer.” (Gawande, 2010). Numa *checklist* de fazer-confirmar “os membros da equipa desempenham as suas tarefas de memória e (...) depois param. Para verificar a checklist e confirmar que tudo o devia ser feito, foi feito”, enquanto que, na checklist ler-fazer, “as pessoas realizam as tarefas à medida que as vão verificando.” segundo o mesmo autor . A *checklist* que consideramos ajustar-se melhor à nossa pretensão é a fazer-confirmar.

Para a elaborar é importante saber que se deve:

1. Listar procedimentos que sejam mensuráveis de ser verificados;
2. Criar apenas cinco a nove pontos, pois são o limite da capacidade da memória de trabalho;
3. Ter um enunciado simples e exato, com linguagem própria da profissão;
4. Ocupar apenas uma página;

5. Não deve ser confusa;
6. Usar um texto em maiúsculas e minúsculas para ser de fácil leitura. (Idem)

## **2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NA INVESTIGAÇÃO**

Quando se investiga cria-se uma vontade incessante de conhecimento, em que muitas vezes a razão dá lugar ao impulso que viola os princípios éticos. No entanto, esta violação raramente é feita “por crueldade deliberada, mas muitas vezes é realizada porque o conhecimento em si é considerado mais importante e potencialmente benéfico a longo prazo.”, (Polit et al., 2004).

O domínio da investigação em ciências de enfermagem está sensivelmente ligado aos “conceitos da enfermagem que são a pessoa, o seu meio ambiente, a saúde, o cuidado de enfermagem e as relações entre eles.”, (Fawcett, 1984 citado Fortin, 1999).

A ética norteia as nossas condutas, é a ciência da moral, ou seja, “é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”, (Fortin, 1999).

Na investigação em enfermagem, os enfermeiros “têm preocupações adicionais com o bem estar dos sujeitos e com o respeito pelos direitos e integralidade das pessoas.”, (Nunes, 2013).

Face ao exposto, é importante consciencializarmo-nos de que qualquer que seja o estudo de investigação, ela é norteada pela “qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos”, segundo a autora mencionada anteriormente.

Ao dar início a um estudo de investigação a sua exequibilidade só é possível se assentar num conjunto de recursos que evidenciem a “disponibilidade dos sujeitos, o seu consentimento, o tempo requerido para realizar o estudo, os fundos necessários, o equipamento, o espaço, a colaboração de outros investigadores, a experiência do investigador e as considerações éticas.”, (Fortin, 1999).

Um trabalho académico que se realize numa instituição terá de ser autorizado, após realização do pedido. No mesmo, deve vir mencionado a identificação do investigador, o propósito da investigação, a população a quem se destina, e um exemplar do instrumento de colheita de dados. Quando um estudo se realiza em contextos de prática clínica este “requer obrigatoriamente, informação e autorização do órgão máximo do

estabelecimento.”, (Nunes, 2013). Foi o caso do nosso projeto que abrangeu os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência de um centro hospitalar.

Ao longo do desenvolvimento deste relatório foram respeitadas as fontes de referência bibliográfica. Foi ainda efetuado um pedido de autorização para a utilização da ferramenta de comunicação o SBAR. Este pedido de autorização prendeu-se com a necessidade de trabalharmos a ferramenta de comunicação o SBAR e adequa-la à nossa realidade. Foi feito um contato por mail com a autora Angie Andreoli cujo artigo se intitula "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams”, tendo sido dada autorização escrita ao nosso pedido. (Apêndice I). Contudo, num dos documentos desenvolvidos pela Kaiser Permanente, vem expressa a autorização para a utilização e reprodução desta ferramenta com a intenção de a usar na promoção da segurança do cliente.

No instrumento de colheita de dados é importante ter em atenção que o anonimato dos participantes deve ser assegurado e a confidencialidade das fontes protegida.

É importante mencionar que os participantes no estudo podem em qualquer altura decidir não participar no mesmo. Para poderem decidir sobre a sua participação devem tomar conhecimento pleno do fim a que se destina o estudo. Ao consentirem a participação no estudo, estão a fazê-lo de forma livre, ou seja, sem que nenhuma “ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais.”, (Fortin, 1999).

Os princípios éticos que orientaram uma investigação e devem estar presentes em todas as etapas são seis e referem-se:

Beneficência, «fazer o bem» para o próprio participante e para a sociedade. Note-se aqui, o primado da pessoa humana.

Avaliação da maleficência, sob o princípio de «não causar dano», e portanto, avaliar os riscos possíveis e previsíveis.

Fidelidade, o princípio de «estabelecer confiança» entre o investigador e o participante do estudo ou sujeito de investigação.

Justiça, o princípio de «proceder com equidade» e não prestar apoio diferenciado a um grupo, em detrimento de outro.

Veracidade, seguindo o princípio ético de «dizer a verdade», informando sobre os riscos e benefícios. Associa-se ao consentimento livre e esclarecido.

Confidencialidade, o princípio de «salvaguardar» a informação de carácter pessoal que pode reunir-se durante um estudo. Distingue-se do anonimato. (Nunes, 2013, p. 6).



Os direitos fundamentais inerentes aos participantes da investigação encontram-se intimamente relacionados com os princípios mencionados anteriormente, pelo que, qualquer decisão por parte do participante reporta-se “à organização da informação íntima e privada.”, (Fortin, 1999).

Os direitos dos participantes nas investigações encontram-se referidos em diversos documentos mas são seguidamente apresentados de uma forma sucinta e clara de acordo com um documento elaborado recentemente e que passamos a apresentar:

A não receber dano, isto é, a não serem prejudicados, sabendo-se previamente avaliar o prejuízo potencial do estudo e a eliminar riscos desnecessários;

Direito de conhecimento pleno, ou de informação completa sobre o estudo - sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo;

Direito de autodeterminação, baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino. Decorre deste princípio que o potencial sujeito tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não nesta investigação; aliás, tem o direito de decidir por si mesmo se participa ou não, sem coação, e deve ser assegurado o direito a negar-se livremente.

Direito à intimidade – inclui poder negar-se a responder a algumas questões, a saber protegida a identidade do sujeito e à confidencialidade da informação que partilharam. Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos – e a pessoa é livre de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.

Direito ao anonimato e à confidencialidade – isto é, os dados pessoais não podem ser divulgados ou partilhados sem autorização expressa do sujeito e a identidade do sujeito não pode ser associada às respostas individuais. Os resultados devem ser apresentados de forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido. (Nunes, 2013, p. 7).

Face ao apresentado anteriormente, consideramos importante a existência de um instrumento de orientação sobre as considerações éticas em investigação em enfermagem.

Consideramos ainda que uma abordagem à investigação do ponto de vista ético é fundamental para a proteção de todos os intervenientes.

### **3. PRÁTICA CLÍNICA**

O objetivo de uma investigação é produzir informações científicas que enriqueçam o corpo de conhecimentos de determinada disciplina, guiando a prática dos cuidados realizados pelos enfermeiros e contribuindo ainda para a promoção e valorização da profissão. Podemos afirmar que, “A enfermagem, como profissão, está cada vez mais envolvida com a elaboração de um corpo científico de conhecimentos, relacionado à sua prática.”, (Polit e Hungler, 1995).

Numa investigação não basta definir qual o problema a estudar, há também que determinar como o abordar. Ou seja, há que elaborar a problemática que “ é a abordagem ou a perspectiva teórica que se decide adoptar para tratar o problema”, (Quivy e Campenhoudt, 1998). Mas a dificuldade em iniciar um trabalho baseia-se fundamentalmente em saber como o começar pois, “ o receio de iniciar mal o trabalho pode levar algumas pessoas a andarem às voltas (...), a procurarem uma segurança ilusória”, (Quivy e Campenhoudt, 1998).

A metodologia de projeto apresenta como principal objetivo a resolução de problemas, ou seja, “ parte da detecção de um problema no mundo real, para de seguida, recorrer ao corpo de conhecimentos existentes para procurar a sua solução.”, (Baranano, 2004). Metodologia projeto pode definir-se como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”, segundo Ruivo, Ferrito e Nunes, (2010) citando Guerra (1994), ou seja, um meio para atingir um fim, uma forma de promover mudança.

Esta metodologia envolve um conjunto de características que assumem uma importância fundamental na execução e concretização de todo este processo de investigação: Uma atividade intencional, que pressupõe iniciativa e autonomia dos investigadores e responsáveis pela investigação, a forma como estes a conduzem focando a genuinidade do problema; Um determinado nível de complexidade e incerteza que exige por parte dos investigadores o planeamento de um conjunto de atividades que levem ao desenvolvimento do projeto em cada uma das suas fases. (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A metodologia de projeto é constituída por cinco fases relacionadas e interdependentes que permitem o desenrolar do trabalho de projeto. As fases correspondem, segundo as mesmas autoras à:

1. Elaboração do Diagnóstico da Situação
2. Definição de objetivos;
3. Planeamento
4. Execução e avaliação;
5. Divulgação dos resultados (relatório);

### **3.1 Problemática da investigação**

O início da problemática de investigação dá-se quando nos deparamos com um problema real na nossa prática diária de cuidados e sentimos uma necessidade crescente de agir. Desta forma, foi importante efetuar o desenho do nosso estudo seguindo as orientações sugeridas no decorrer da parte teórica do curso. Foi solicitada a realização de uma ficha de diagnóstico, que teve como objetivo auxiliar-nos na orientação do trabalho e ao mesmo tempo ser sujeita a intervenções do orientador para que o caminho se fizesse da melhor forma. Esta ficha de diagnóstico faz parte da metodologia de projeto.

Reportando-nos à primeira fase da metodologia de projeto, o diagnóstico de situação, que “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação - problema identificada” (Ruivo et al., 2010), ou seja efetuar uma descrição da realidade onde se pretende atuar. Para tal foi importante conhecer a realidade, ter uma visão do todo, para que se proceder à “identificação dos problemas existentes no seio da população em estudo”, de acordo com as mesmas autoras.

Durante a fase de diagnóstico, pretende-se identificar um problema que possa comprometer o desenrolar de procedimentos e/ou atividades, constituindo fatores de risco, de insatisfação e insegurança no estado atual da população, pretendendo atingir o estado desejado procurando solucionar o problema. Pudemos concluir que a identificação “de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender.” (Fortin, 1999).

A área de intervenção escolhida foi baseada num problema diagnosticado na Pós Graduação em Enfermagem Perioperatória, que abordou a dificuldade sentida pela equipa

de enfermagem Perioperatória no momento da admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório, face ao conteúdo da informação disponibilizada pelos enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência. Pensamos então, ser pertinente direcionar a atenção para o conhecimento das dificuldades e a importância que a equipa de enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência sentem e atribuem no momento em que efetuam a transmissão de informação e transferência de cuidados do cliente cirúrgico quando este é admitido no bloco operatório.

A transmissão de informação dá-se no momento de transferência de cuidados. Para transmitir informação é impreterível comunicar. Comunicar é “uma atividade multifacetada inerente ao Homem”, (Almeida, 2011). Comunicar e comunicação são dois conceitos indissociáveis. Para nos fazermos compreender é importante saber e o que comunicar para que a comunicação tenha “um papel fundamental na performance dos profissionais de saúde”, (Ricardo, 2012). A comunicação efetuada pela equipa de enfermagem dos serviços de internamento cirúrgico e urgência sobre aspetos relevantes da situação do cliente cirúrgico não garante a sua segurança e continuidade de cuidados, no momento do *Handover*. Este tem-se mostrado destruturado, com diferentes níveis de informação o que desencadeia a possibilidade de ocorrência de um qualquer evento adverso.

### Definição Geral do Problema

Ao definir o problema estamos a identificá-lo como “um elemento fulcral para a definição do diagnóstico, uma vez que esta etapa requer a produção de um quadro que identifique e relacione entre si os problemas mais relevantes da situação, ou instituição no momento da nossa avaliação.” (Ruivo et al., 2010). Um problema constitui um “desvio entre a situação actual e a situação tal como deveria ser” segundo Fortin (1999), citando Diers, (1979). Ao identificar o problema este deve ter em si o potencial de influenciar ou melhorar de alguma forma a prática profissional. Para a sua formulação temos necessidade de “juntar todos os elementos da situação problemática”, (Fortin, 1999), ou seja, os problemas parcelares.

Face ao exposto anteriormente, a identificação do problema ocorreu após uma reunião informal com a Enfermeira responsável pelo bloco operatório onde o tema da comunicação, a falta de estruturação da informação e a falta de conhecimento relativa às

necessidades dos clientes, foi comumente identificada. O conteúdo desta reunião, foi partilhado com a minha orientadora de estágio, que considerou ser um tema passível de ser tratado, uma vez que compromete a nossa prática em cuidados perioperatórios.

Verificamos com alguma frequência que a informação transmitida no momento em que admitimos o cliente no bloco operatório, é muitas vezes escassa e pouco uniforme o que conduz inevitavelmente, à existência de erros de interpretação e consequentemente falhas de comunicação.

O bloco operatório é um local onde a prestação de cuidados de enfermagem é complexa e temporal. Interagem no mesmo espaço e em simultâneo uma equipa multidisciplinar cujo propósito da sua intervenção é cuidar do cliente cirúrgico. Se a informação não for consistente e clara, a incerteza rouba tempo e transmite preocupação. Procuramos então conhecer com este trabalho, a perceção que os enfermeiros dos serviços de internamento têm, sobre o *Handover* e as necessidades específicas de informação que os enfermeiros perioperatórios necessitam para garantir a continuidade dos cuidados, assim como a segurança dos clientes.

A enunciação do problema de investigação deu-se a partir das nossas observações e experiências em contexto perioperatório, ou seja, da nossa inquietação face à forma como os clientes nos são “entregues” no momento da admissão.

Depois de nos questionarmos e procurar o sentido das palavras referente a comunicação, registos de enfermagem, preparação física e psicológica do cliente e continuidade de cuidados formulámos o seguinte tema deste projeto, “*Handover* – Transmissão de informação na admissão do utente cirúrgico no bloco operatório”.

### Análise do Problema

Muitos são os conceitos associados à prática dos cuidados de enfermagem, esta “inscreve-se assim num encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam”, (Hesbeen, 2000). O conceito que melhor define esta prática e que a tem acompanhado ao longo da sua história é o Cuidar. Cuidar em enfermagem é “proporcionar melhores cuidados aos doentes documentando-se, pesquisando e analisando fenómenos”, (Félix et.al, 1994).

Prestar cuidados de enfermagem significa “encontrar uma pessoa no seu caminho particular de vida e de fazer caminho com ela”, (Hesbeen, 2000).

Assim podemos afirmar que os cuidados de enfermagem, sempre existiram e foram tomando, ao longo da evolução da humanidade e da ciência, diversos conceitos que se associaram sempre ao Cuidar. Atualmente o cliente é um agente ativo no seu processo de saúde/doença e o enfermeiro é o agente que o acompanha, auxilia, informa, nos momentos críticos por si vivenciados. Estes momentos constituem processos de mudança, que têm repercussões importantes para a vida, saúde da pessoa, da família e dos seus pares. O processo de mudança, que se dá a nível individual e familiar designa-se de transição. Transição define-se como, uma passagem entre dois períodos tempo relativamente estáveis. Nesta passagem, o indivíduo movimenta-se de uma fase viva, situação ou status para outra<sup>38</sup>. Prestar cuidados ao outro transforma a enfermagem na “profissionalização da ajuda às pessoas nas transições, uma vez que as pessoas têm necessidade de vivenciar transições saudáveis”, (Mota et.al, 2011).

A transferência de cuidados relativos a um cliente constitui um momento de mudança, neste caso entre diferentes prestadores de cuidados e diferentes serviços. Durante as transições as pessoas encontram-se mais vulneráveis a riscos que poderão afetar a sua saúde, o seu conforto e a sua segurança. Surge assim “o cuidado de enfermagem, voltado para uma maior sensibilização, conscientização e humanização, identificando no cliente fatores que indiquem a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção à transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transacional.”, (Zagonel, 1999). Ao participar num processo de transição o enfermeiro tem de conhecer o cliente assegurando que a informação a transmitir garante a continuidade dos cuidados e facilitem a troca e partilha de informações durante a transferência de cuidados. A transmissão de informação tem de ser acompanhada por uma “comunicação clara e efetiva, incluindo aquela que é efetuada durante o *Handover* de enfermagem, pois é fundamental para garantir a segurança do cliente.” (Connell, Macdonald e Kelly, 2008).

O instrumento de diagnóstico que utilizámos foi o questionário pois o mesmo constitui um “conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos” (Fortin, 1999). Na sua construção foram aplicadas questões fechadas que tem a vantagem “de serem simples de utilizar, de permitir codificar as respostas facilmente e de propiciar uma análise rápida de e pouco custosa (...) fornecem um quadro de referência ao sujeito, o

---

<sup>38</sup> “a passage between two relatively stable periods of time. In this passage, the individual moves from one live phase, situation or status to another.” (Meleis, 2010, p.129).

que evita resposta inapropriadas e não comparáveis.”, (Idem). O questionário permite ao investigados explorar “domínios delicados, que os sujeitos poderiam ser reticentes em abordar” (Ibidem), onde o inquirido seleciona ou prioriza a opção que mais se adequa à sua opinião.

### Problemas parcelares

Os problemas parcelares com que nos deparamos e que compõe o problema geral incidem fundamentalmente na:

- Dificuldade em efetuar o *Handover* do cliente cirúrgico na admissão em bloco operatório;
- Deficit na estruturação de informação no *Handover*;
- Ausência na uniformização da informação no *Handover*;
- Inexistência de um Instrumento Orientador que facilite o *Handover* entre serviços cirúrgicos e urgência com o bloco operatório.

### Determinação de Prioridades

Definimos como prioridades de intervenção para este projeto:

- Analisar o conhecimento que os enfermeiros dos serviços de internamento têm relativamente ao *Handover*;
- Auscultar junto dos mesmos o que consideram importante transmitir no momento do *Handover*;
- Elaborar um Instrumento Orientador para o *Handover*.

Chegando a esta fase da metodologia de decidimos efetuar uma Revisão Integrativa da Literatura, pois era o método que mais se adequava ao que se pretendia estudar e por existir alguma dificuldade em encontra bibliografia sobre o tema. Este método permite-nos “reunir, avaliar e sintetizar as evidências disponíveis sobre uma intervenção/tratamento ou tema/problema investigados”, (Galvão, 2009).

A definição de objetivos é fundamental em qualquer empreendimento. Este trabalho não constitui exceção. Os objetivos são formas representativas, que indicam os resultados que se pretendem atingir.

Ao defini-los é importante que ter em atenção que devem apresentar-se de forma clara e sucinta e serem exequíveis.

Assim, o estudo tem como:

### Objetivo Geral

- Elaborar um Instrumento Orientador para proceder ao *Handover* no momento em que o cliente é admitido no bloco operatório.

Depois de traçado o objetivo geral, surgem os objetivos específicos, que permitem traçar um caminho procurando determinar o conhecimento que os futuros participantes têm sobre o tema em estudo. Assim, o estudo apresenta como:

### Objetivos Específicos

- Identificar a importância que os enfermeiros atribuem ao *Handover*;
- Identificar a informação que os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência consideram relevante transmitir no *Handover*;
- Conhecer as dificuldades sentidas pelos enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência no momento de *Handover*.

No entanto, para que o objetivo geral deste projeto seja concretizável é importante estabelecer um planeamento onde para cada objetivo específico, são traçadas atividades e estratégias a desenvolver, recursos e indicadores de avaliação, que orientam e a concretização deste planeamento.

As atividades dizem respeito à forma como pretendemos ir ao encontro do objetivo.

As estratégias dizem respeito “à utilização dos meios definidos no planeamento, ou seja, estas estão relacionadas com o conceito de eficiência nomeadamente a capacidade de aplicar corretamente a tarefa”, (Rodrigues, 2003 citado por Ruivo et al., 2010). A implementação das estratégias faz-se aquando da utilização eficaz dos recursos que temos ao nosso dispor, sejam eles referentes à pesquisa efetuada em centros de documentação com consulta de artigos ou livros, bases de dados eletrónicas e a capacidade que cada um tem em analisar documentos, sintetizar e produzir texto.



O planeamento deve decorrer ao longo de um determinado tempo, que se encontra representado esquematicamente num cronograma de atividades (Apêndice II). Os meios dizem respeito à “determinação de quais os recursos, e em que quantidades, para a realização das actividades do projecto.”, segundo Ruivo et al., (2010), citando Miguel, (2006). Os meios constituem os recursos que temos ao nosso dispor, que nos auxiliam na conclusão das atividades do projeto. Encontram divididos em:

Meios Humanos – São a representação de todas as pessoas que apresentem qualificações e competências e que colaboram de tal modo que todas as atividades do projeto fiquem asseguradas;

Técnicos e/ou materiais – Incluem os equipamentos e tecnologias utilizados para a concretização do projeto;

Financeiros – representam os recursos económicos disponíveis necessários ao financiamento do projeto e das atividades que estão associadas.

Faremos em seguida a apresentação do Planeamento do Projeto.

Para conseguirmos atingir o objetivo geral deste projeto e dar resposta ao problema identificado foram planeadas as seguintes atividades para cada objetivo específico, são eles:

1. Aprofundar conhecimentos teóricos sobre os diferentes conceitos necessários ao estudo;

Atividades/Estratégias a desenvolver

- Efetuar pesquisa bibliográfica e em bases de dados sobre a temática, nomeadamente: Comunicação; *Handover*; transmissão de informação; transferência de cuidados, no Centro de Recursos e Aprendizagem e Investigação no IPS – ESS, no Centro de Documentação da Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende e no domicílio;
- Reunião informal com enfermeira responsável do bloco operatório;
- Conversas informais com enfermeiros da Unidade Hospitalar do Centro Hospitalar onde realizámos o estágio;
- Efetuar a revisão da literatura;
- Elaborar *dossiers* temáticos sobre os diferentes conceitos.

*Recursos Humanos*

- Enfermeira responsável do projeto; Enfermeira orientadora de estágio; Enfermeiros dos diferentes serviços que visitei; Técnicos bibliotecários das instituições Docente de Referência.

#### *Recursos Materiais*

- Base de Dados;
- Internet; fotocópias da revisão bibliográfica; Canetas; Marcadores;
- Deslocações em viatura própria à ESS e locais de estágio.

#### *Recursos Temporais*

- Consultar cronograma.

#### *Indicadores de Avaliação*

- Leitura, análise e posterior síntese dos documentos consultados;
- Apresentação de enquadramento teórico no relatório.

### 1. Efetuar visitas de estudo para recolha de contributos em dois Blocos Operatórios de duas Unidades de Saúde da região Sul do país;

#### *Atividades/Estratégias a desenvolver*

- Conhecer a realidade de outros hospitais relativa à forma como realização o *Handover*;
- Recolher dados sobre a forma como é efetuado o *Handover*;
- Conhecer quais as orientações que existem para efetuar o *Handover*, nesses locais;
- Conhecer as dificuldades verbalizadas pelos enfermeiros dos hospitais onde realizei os estágios no momento em que efetuam o *Handover*.
- Recursos Humanos
- Enfermeira responsável pelo projeto; Enfermeiros dos diferentes locais de estágio de observação.
- Recursos Materiais
- Deslocações em viatura própria aos locais de estágio; Bloco de notas; Caneta.

#### *Recursos Temporais*

- Consultar cronograma.

#### *Indicadores de Avaliação*

- Colocação de questões e observação direta da forma de como procedem ao *Handover*.

2. Elaborar uma proposta de Instrumento Orientador fundamentado na revisão bibliográfica;

*Atividades/Estratégias a desenvolver*

- Conhecer a opinião dos colegas sobre o que mais os preocupa no momento do *Handover* do cliente cirúrgico no bloco operatório, para recolha de contributos;
- Conversa informal com as enfermeiras responsáveis pelos serviços de internamento cirúrgico, de urgência e bloco operatório, para recolha de contributos;
- Conversa informal com a enfermeira orientadora do estágio, para recolha de contributos;
- Distribuir a proposta do Instrumento Orientador pelos enfermeiros acima citados, para auscultar opiniões;
- Construção do Instrumento Orientador sobre *Handover*.

*Recursos Humanos*

- Enfermeira responsável pelo projeto; Enfermeira orientadora de estágio; enfermeiros serviços de internamento cirúrgico, de urgência e bloco operatório; Docente de Referência.

*Recursos Materiais*

- Materiais de consumo (caneta, papel, tinteiros...); Mesa; Cadeiras; computador; impressora.

*Recursos Temporais*

- Consultar cronograma.

*Indicadores de Avaliação*

- Apresentação da proposta de Instrumento Orientador (Apêndice III).
- Contributos dados pelos colegas, manifestando interesse pelo tema.

3. Apresentar protótipo do Instrumento Orientador junto dos enfermeiros responsáveis pelos serviços e direção de enfermagem

*Atividades/Estratégias a desenvolver*

- Divulgar a sessão de apresentação do protótipo do guião orientador do *Handover*, através da intranet e comunicados internos de serviços convidando todos os colaboradores do Centro Hospitalar onde desempenho funções;
- Planear a sessão em conjunto com a enfermeira orientadora;
- Recolher opiniões;
- Aguardar a aprovação pela Direção de Enfermagem.

#### *Recursos Humanos*

- Enfermeira responsável pelo projeto; Todos os colaboradores do Centro Hospitalar onde desempenho funções.

#### *Recursos Materiais*

- Sala para reunião; cadeiras; mesas; computador e projetor; exemplares do Instrumento Orientador de registos.

#### *Recursos Temporais*

- Consultar Cronograma.

#### *Indicadores de Avaliação*

- Colocação de perguntas e sugestões de mudança.

### 4. Envolver os enfermeiros responsáveis pela formação de cada serviço de internamento cirúrgico e urgência do Centro Hospitalar, no projeto

#### *Atividades/Estratégias a desenvolver*

- Reuniões informais com os elementos responsáveis pela formação de cada serviço;
- Planeamento da sessão de formação;
- Divulgar da sessão de formação;
- Apresentar a proposta do Instrumento Orientador;
- Avaliar a sessão de formação;
- Recolher as opiniões dos colegas de forma a ajustar o Instrumento às necessidades manifestadas;
- Elaborar um póster sobre a aplicação do Instrumento Orientador no momento do *Handover*.

#### *Recursos Humanos*

- Enfermeira responsável pelo projeto

- Enfermeira orientadora de estágio; enfermeiros responsáveis pela formação nos serviços de internamento cirúrgico e urgência e enfermeira responsável pelo bloco operatório.

#### *Recursos Materiais*

- Sala para reunião; cadeiras; mesas; computador e projetor; exemplares do Instrumento Orientador; folhas e canetas.

#### *Recursos Temporais*

- Consultar Cronograma

#### *Indicadores de Avaliação*

- Colocação de perguntas e sugestões de mudança;
- Comentários efetuados pelos colaboradores do Centro Hospitalar, em particular Enfermeira Diretora e Enfermeiros Responsáveis pelos serviços de internamento, urgência e bloco operatório.

### 5. Agendar conjunto de sessões de formação sobre *Handover* e a sua aplicabilidade;

#### *Atividades/Estratégias a desenvolver*

- Divulgar sessões de formação através da intranet e comunicados internos de serviços, convidando todos os enfermeiros do Centro Hospitalar sobre *Handover* e Instrumento Orientador;
- Apresentar os temas sobre Comunicação; *Handover*; transmissão de informação; transferência de cuidados;
- Reservar momento para discussão e reflexão dos assuntos abordados;
- Recolher opiniões.

#### *Recursos Humanos*

- Enfermeira responsável pelo projeto; Todos enfermeiros do Centro Hospitalar.

#### *Recursos Materiais*

- Sala para reunião; cadeiras; mesas; computador e projetor; exemplares do Instrumento Orientador; folhas e canetas.

#### *Indicadores de Avaliação*

- Recolha de opiniões dadas pelos enfermeiros do Centro Hospitalar.

### **3.2 Identificação da metodologia e delineamento do estudo**

Para promover o desenvolvimento do estudo, considerámo-lo como um método de investigação quantitativa pois “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador.” (Fortin, 1999). Para puder quantificar os dados observáveis recorreremos à aplicação de um questionário como método de colheita de dados.

#### **3.2.1 População e amostra**

Uma população pode ser definida com “uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características, definidas por um conjunto de critérios.” (Fortin, 1999). Tendo esta afirmação em conta, definimos a nossa população como sendo constituída pelos enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência. Estes são serviços cirúrgicos cuja população, os clientes necessitam maioritariamente de um procedimento cirúrgico para tratar e/ou resolver a sua situação clínica. Considerámos, no entanto, constituir uma amostra, por ser “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Idem). A amostra da população que considerámos, para este problema foi relativa aos enfermeiros que se encontravam responsáveis pelo cuidados directos aos clientes, excluindo assim enfermeiros chefes e responsáveis de serviços assim como, os segundos elementos que os assessoriam, num total de 182 enfermeiros. Destes, responderam ao questionário cerca de 105 enfermeiros, constituindo assim a nossa amostra final.

#### **3.2.2 Instrumento de diagnóstico**

O instrumento de diagnóstico utilizado para a identificação e validação do problema foi o questionário.

O questionário pode ser definido como uma “ferramenta utilizada para a obtenção de informação em primeira mão”, (Baranano, 2004).

Ao aplicar o questionário tivemos em consideração algumas das vantagens que este instrumento apresenta e que contribuíram para a adesão da equipa de enfermagem ao seu preenchimento. As vantagens são a impessoalidade no preenchimento do questionário, “a sua apresentação uniformizada, a ordem idêntica das questões para todos os sujeitos (...) as pessoas podem sentir-se mais seguras relativamente ao anonimato das respostas e, por este facto, exprimir mais livremente as opiniões que consideram mais pessoais.” (Fortin, 1999).

Para o poder implementar procedemos à elaboração de um pedido de autorização submetendo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar. Após a concessão do pedido, foi implementado o questionário no período de 17 a 29 de junho, quando inicialmente a sua aplicação estava prevista para os primeiros dias de junho (até 7 de junho). Embora todos os serviços, onde o questionário iria ser aplicado, tivessem conhecimento do estudo que estávamos a realizar, sentimos necessidade de efetuar um primeiro contato junto dos enfermeiros chefes e responsáveis dos serviços, o que levou ao atraso na sua aplicação. Foi explicado aos diferentes grupos o enquadramento do questionário e quais os objetivos principais que pretendíamos ver alcançados com o seu preenchimento. Não é suficiente “conceber um bom instrumento, é preciso pô-lo em prática de forma a obter-se uma proporção de resposta suficiente para que a análise seja válida.” (Quivy e Campenhoudt, 1995). Consideramos importante realizar uma pequena abordagem ao tema, para a obtenção dos resultados, procurando a atenção dos colegas para o seu preenchimento, pois as “pessoas não estão forçosamente disposta a responder, excepto se virem nisso alguma vantagem (...) ou se acharem que a sua opinião pode ajudar a fazer avançar as coisas num domínio que consideram importante.”, (Idem).

Os questionários foram aplicados a todos os enfermeiros do centro hospitalar, entenda-se todas as unidades hospitalares do mesmo, que exerciam funções em serviços de internamento cirúrgico e urgência. A sua aplicação decorreu em três dias diferentes para cada unidade hospitalar, na passagem do turno da manhã para o turno da tarde. O objetivo desta atividade foi conseguir envolver no estudo o maior número de enfermeiros possível. O questionário foi entregue em mão e preenchido pelo próprio inquirido, após o mesmo ter consentido a sua participação no estudo. Foram garantidas a confidencialidade das fontes e o anonimato.

A apresentação do questionário, é dada por um conjunto de perguntas relativas à percepção que os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência têm do

*Handover*. As perguntas são “normalmente pré-codificadas, de forma que os entrevistados devem obrigatoriamente escolher as suas respostas entre as que lhe são formalmente propostas.”, (Quivy e Campenhoudt, 1995).

Quanto à sua forma o questionário é composto por questões fechadas. As questões fechadas “são as que fornecem ao sujeito uma série de respostas entre as quais ele faz a sua escolha, são incluídas nesta categoria as questões (...) de gradação ou em contínuo.”, (FORTIN, 1999). A grande vantagem que as questões fechadas têm é a “facilidade na codificação e na análise dos resultados. Todos os entrevistados utilizam a mesma nomenclatura nas suas respostas e o mesmo grau de pormenor nas suas descrições.” (Baranano, 2004). Foram usadas na sua construção escalas de avaliação de formato tipo linkert, onde o inquirido escolhe a opção que considera ser a mais adequada, no nosso caso através de uma escala intervalos onde as opções se balizam entre o discordo totalmente até à opção concordo totalmente.

Apresentamos o questionário implementado no Apêndice IV.

### 3.2.3 Análise dos dados

Os dados obtidos a partir das questões enunciadas no questionário foram analisados através da execução de distribuições de Pareto e gráficos de queijo. De seguida, efetuamos breve análise dos resultados obtidos:

A população de 105 enfermeiros que respondeu ao questionário, conforme podemos observar no Gráfico 1, está prática e igualmente distribuída pelos 4 grupos de anos de experiencia considerados, sendo o grupo de enfermeiros com mais de 20 anos de profissão o mais representado, com 29%, e o menos representado o grupo com até 5 anos de experiência, com 20% dos inquiridos.



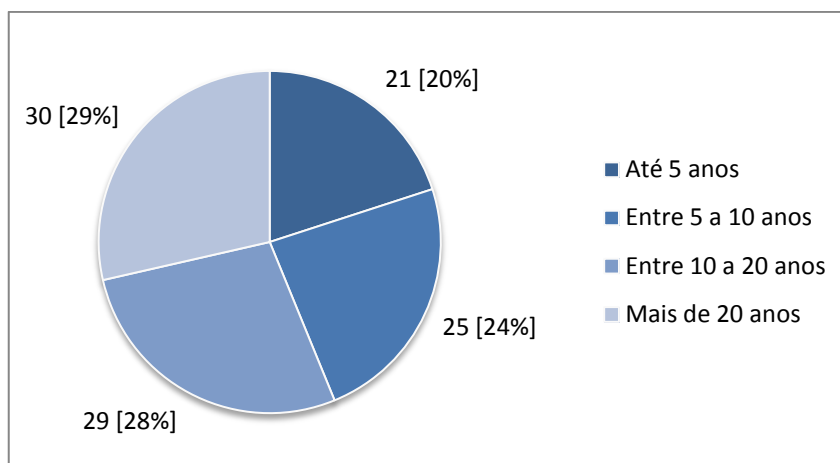


Gráfico 1 – Distribuição das respostas à Questão 1: *Número de anos de profissão:*

A maioria dos inquiridos (68%) referiu que adquiriu competências na transmissão de informação durante o período em que foram estudantes. Um quarto dos inquiridos (24%) fê-lo no início das suas funções profissionais e 8% durante a pós-graduação. A distribuição de Pareto constituinte do Gráfico 2 ilustra estes resultados.

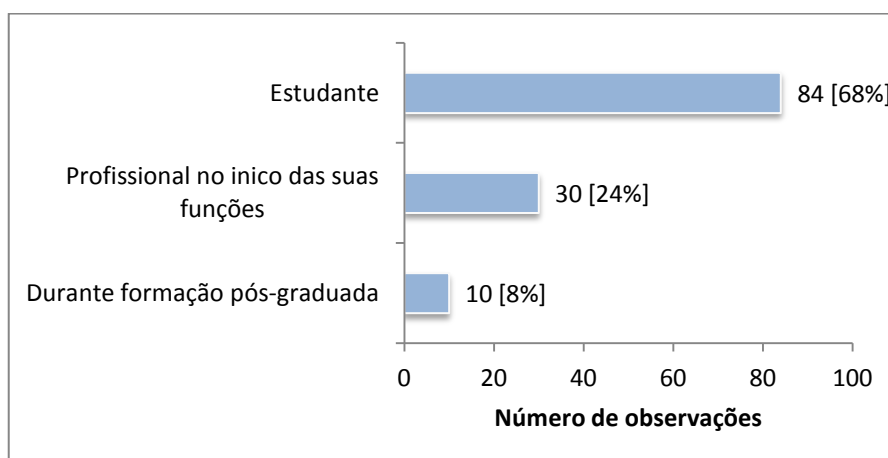


Gráfico 2 – Distribuição das respostas à Questão 2: *A transmissão de informação é uma competência de enfermagem. Esta competência foi adquirida por si enquanto: Estudante; Profissional no início das suas funções; Durante formação pós-graduada.*

O Gráfico 3 permite-nos verificar que 98% da população inquirida concorda ou concorda totalmente que o momento do *Handover* garante a continuidade dos cuidados de enfermagem.

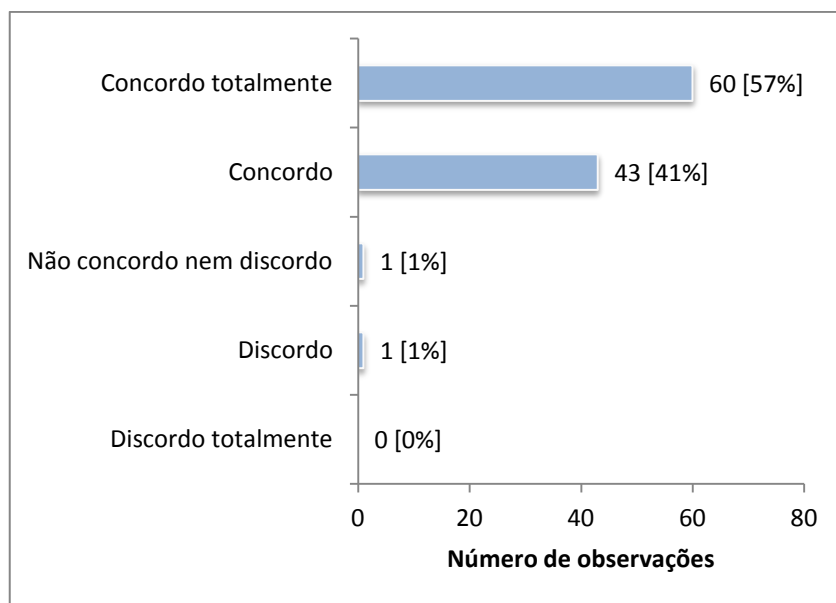


Gráfico 3 – Distribuição das respostas à Questão 3: *Considera que o momento de Handover, como momento de transmissão de informação, garante a continuidade dos cuidados.*

Pela leitura do Gráfico 4 verificamos que, mais uma vez, a grande maioria da população inquirida (93%), concorda (55%) ou concorda completamente (38%) com que seja o enfermeiro responsável pelos cuidados ao cliente cirúrgico a realizar o respectivo *Handover* no momento da admissão.

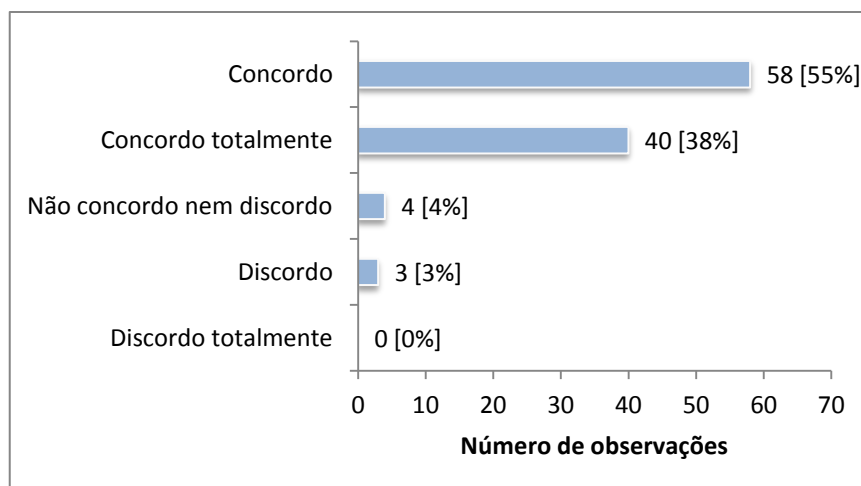


Gráfico 4 – Distribuição das respostas à Questão 4: *O enfermeiro que é o responsável pelos cuidados ao cliente cirúrgico deve ser aquele que realiza o respetivo Handover no momento da sua admissão no bloco operatório.*

A análise dos gráficos de queijo do Gráfico 5 evidência que 51% dos inquiridos que responderam a esta questão considera que o benefício mais importante do *Handover* é

o Promover a segurança do cliente, seguido da Comunicação mais efetiva (segundo 29% dos inquiridos), do Minimizar erros de interpretação (segundo 33% dos inquiridos) e do Limitar os eventos adversos, que 38% dos inquiridos considera como o benefício menos importante dos 4.

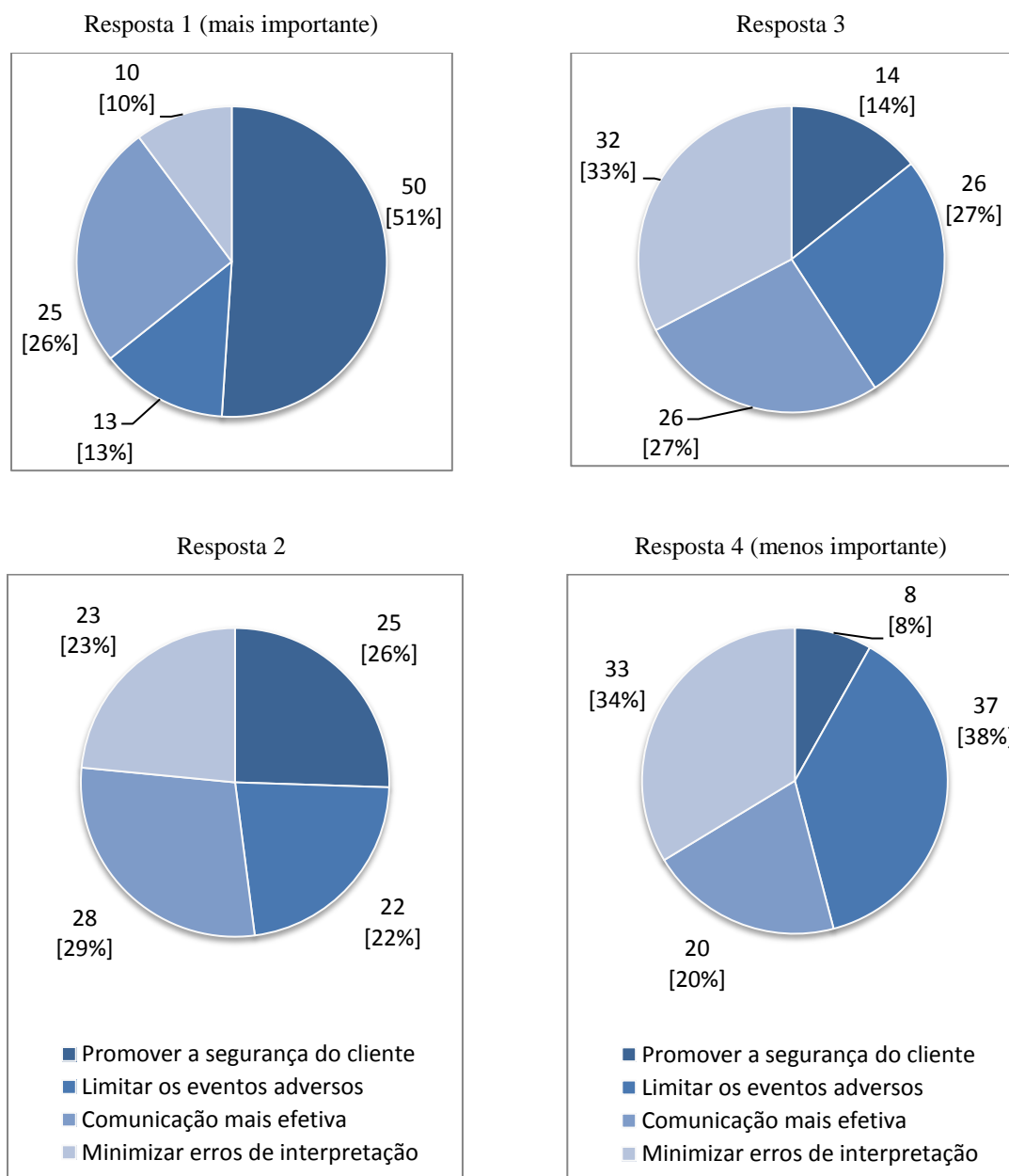


Gráfico 5 – Distribuição das respostas à Questão 5: Se respondeu "Concordo" ou "Concordo Totalmente", priorize os benefícios escolhendo a resposta que considera mais importante (classificar de 1 a 4, sendo 1 o máximo): Promover a segurança do utente; Limitar os eventos adversos; Comunicação mais efetiva; Minimizar erros de interpretação

Da observação do Gráfico 6 concluímos que a maioria dos inquiridos tem uma opinião concordante (53% concorda e 38% concorda totalmente) quanto à existência de um espaço reservado à realização do *Handover*.

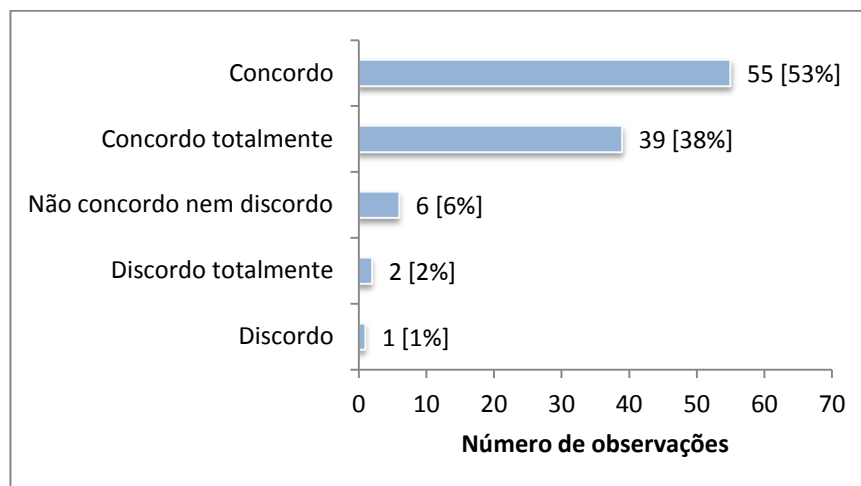


Gráfico 6 – Distribuição das respostas à Questão 6: *No momento de transferência de cuidados considera mais eficaz para a comunicação um espaço reservado à transmissão de informação relativa ao cliente cirúrgico de forma a preservar a sua dignidade como pessoa.*

No Gráfico 7 verificamos que a maioria dos enfermeiros inquiridos (74%) afirma que ao realizar o *Handover* fá-lo de forma, a que o cliente o oiça, sendo que apenas 4% afirma que não o faz. Os restantes 27 enfermeiros (27% dos inquiridos) afirma que apenas o faz às vezes e as razões apontadas são as seguintes:

- Depende do diagnóstico, da sua gravidade e se o mesmo é do conhecimento do cliente (razão apontada por 8 inquiridos)
- Depende do espaço disponível (razão apontada por 4 inquiridos)
- Depende da situação (razão apontada por 4 inquiridos)
- Alguma informação poderá ser causadora de ansiedade no cliente (razão apontada por 3 inquiridos)
- Depende do conteúdo da informação a transmitir (razão apontada por 2 inquiridos)
- Depende do conhecimento puro do cliente face a todos os aspetos a transmitir (razão apontada por 1 inquirido)
- Nem sempre existem todos os recursos para o fazer de forma eficaz (razão apontada por 1 inquirido)

- Quando o cliente está informado do diagnóstico e é possuidor da informação completa (razão apontada por 1 inquirido)
- Se o cliente desconhecer o seu diagnóstico de forma intencional (razão apontada por 1 inquirido)
- Depende da quantidade de clientes a transferir (razão apontada por 1 inquirido)
- Existência de informação que o cliente não sabe efetivamente (razão apontada por 1 inquirido)

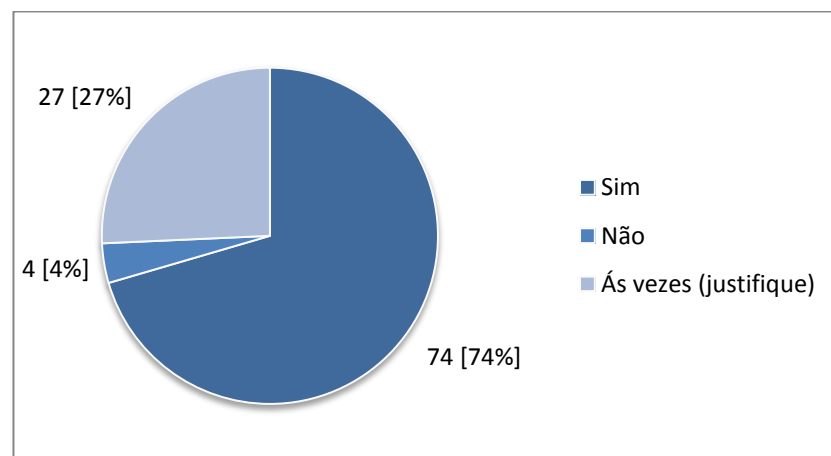


Gráfico 7 – Distribuição das respostas à Questão 7: Ao realizar o Handover na admissão do cliente no bloco operatório, fá-lo de forma, a que o cliente oiça: Sim; Não; Às vezes (justifique).

De acordo com os resultados a esta questão, ilustrados no Gráfico 8, para a maioria dos inquiridos (74%), o *Handover* decorre num período entre dois e cinco minutos. Os restantes inquiridos dividem-se praticamente de forma idêntica entre os que realizam o *Handover* em menos de 2 minutos (13%) e os que o realizam em mais de cinco minutos (12%).

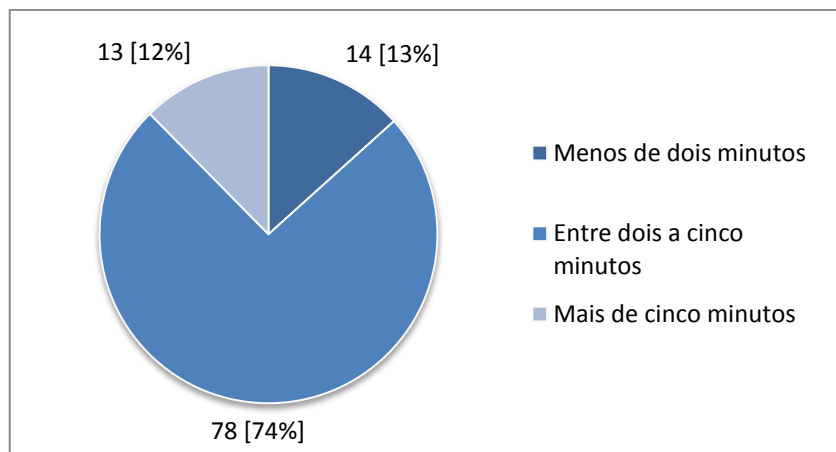


Gráfico 8 – Distribuição das respostas à Questão 8: *De uma forma geral de quanto tempo despende para realizar o Handover no momento de admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório.*

Da observação do Gráfico 9 podemos concluir que a maioria dos inquiridos tem uma opinião concordante em relação ao facto dos ruídos na comunicação constituírem o principal fator que compromete a comunicação (28%), seguido do humor dos colegas e a dificuldade na realização de tarefas por falta de tempo com (19% e 18%), respetivamente. Dos fatores considerados, aqueles que menos afetam a comunicação são a insatisfação no trabalho e a presença de terceiros, com 3% e 5% dos inquiridos, respetivamente.

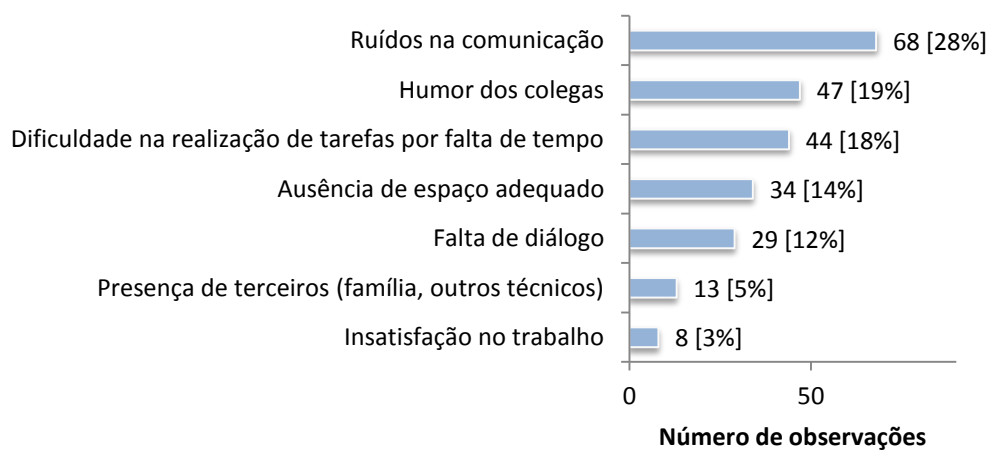


Gráfico 9 – Distribuição das respostas à Questão 9: *No momento em que comunica a informação relativa ao cliente cirúrgico que tem ao seu cuidado, ao enfermeiro do bloco operatório, esta pode não ser compreendida da forma como pretendia. Existem fatores que contribuem para que tal aconteça. Assinale aqueles com os quais já se deparou.*

De acordo com as respostas dos inquiridos à Questão 10 do questionário, cujos resultados estão ilustrados no Gráfico 10, os dados do cliente considerados mais importantes no processo de *Handover* são, com 9% das respostas cada, os Fatores de risco acrescidos (alergias e patologias associadas), a Identificação do utente confirmada e Jejum pré-operatório. Já os menos importantes, com 1% das respostas cada, são o Esvaziamento vesical, o Local cirúrgico marcado e o Risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão.

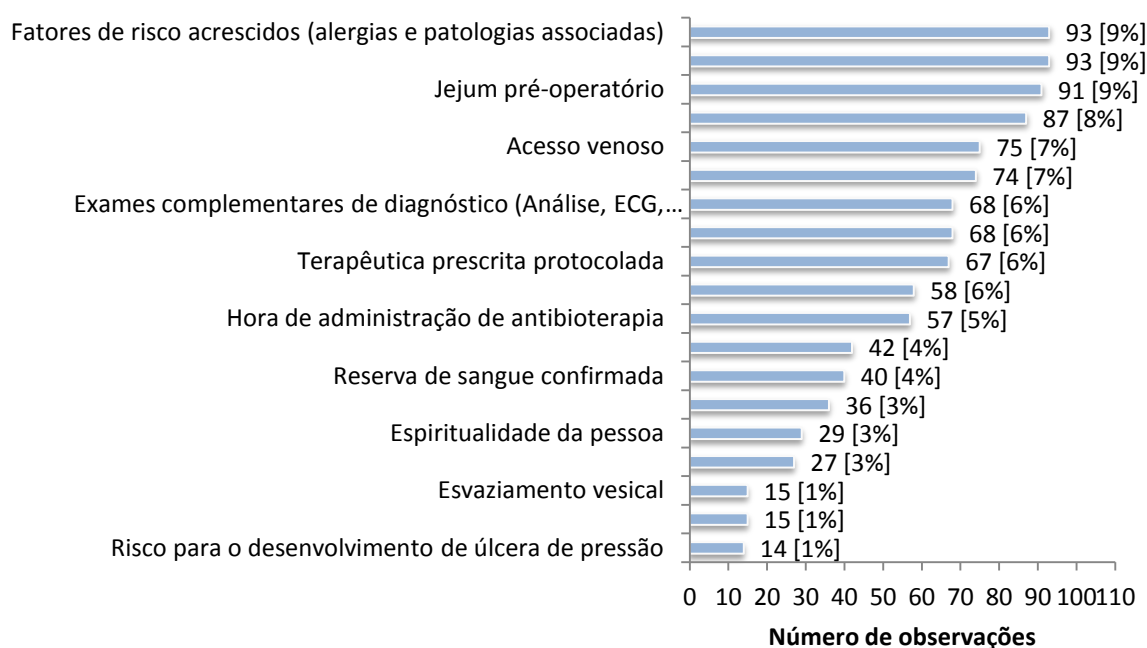


Gráfico 10 – Distribuição das respostas à Questão 10: *Relativamente aos dados que são apresentados indique os dez que considera mais importantes, para a realização do Handover.*

A clara maioria dos enfermeiros inquiridos (95%) considera que um *Handover* ineficaz constitui um evento adverso para a prestação de cuidados seguros (Gráfico 11).

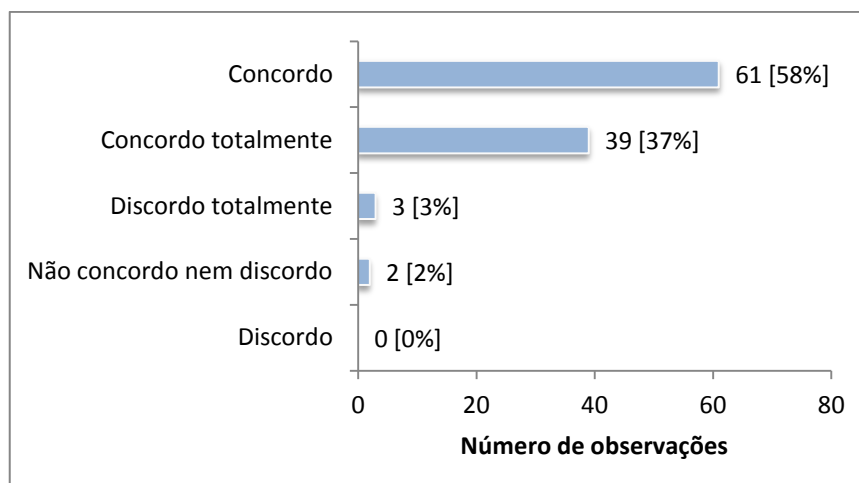


Gráfico 11 – Distribuição das respostas à Questão 11: *Um Handover ineficaz constitui um evento adverso para a prestação de cuidados seguros.*

Conforme ilustrado no Gráfico 12, a maioria dos inquiridos (55%) considera importante a existência de um instrumento de validação de informação no momento do *Handover* do cliente cirúrgico no bloco operatório, seguida de uma percentagem também significativa (35%) da existência de apontamentos para o mesmo período. Em terceiro lugar, encontra-se a tecnologia, que poderá constituir uma tendência para o futuro. Dos dois inquiridos que responderam outro método, um sugeriu a consulta do processo clínico e o outro a consulta da folha de colheita de dados/admissão.

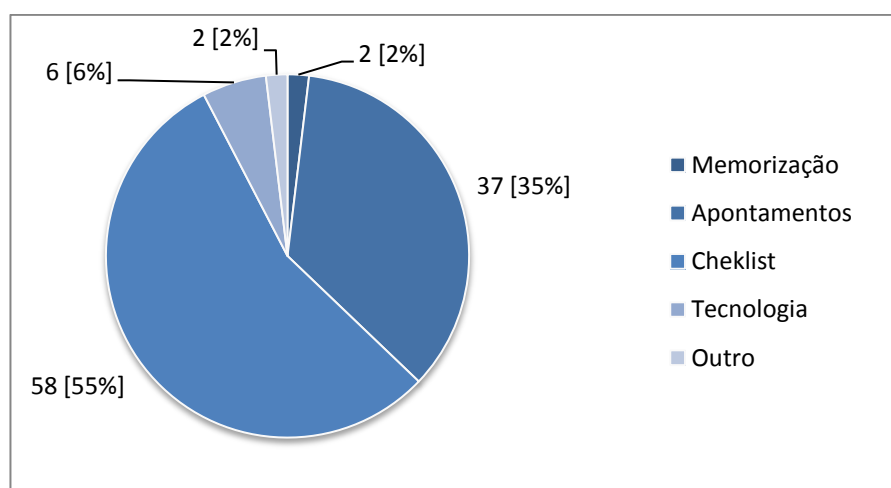


Gráfico 12 – Distribuição das respostas à Questão 12: Para gerir melhor a informação a transmitir no momento do *Handover* do cliente cirúrgico no bloco operatório, escolha o método que considera mais seguro para evitar eventos adversos.



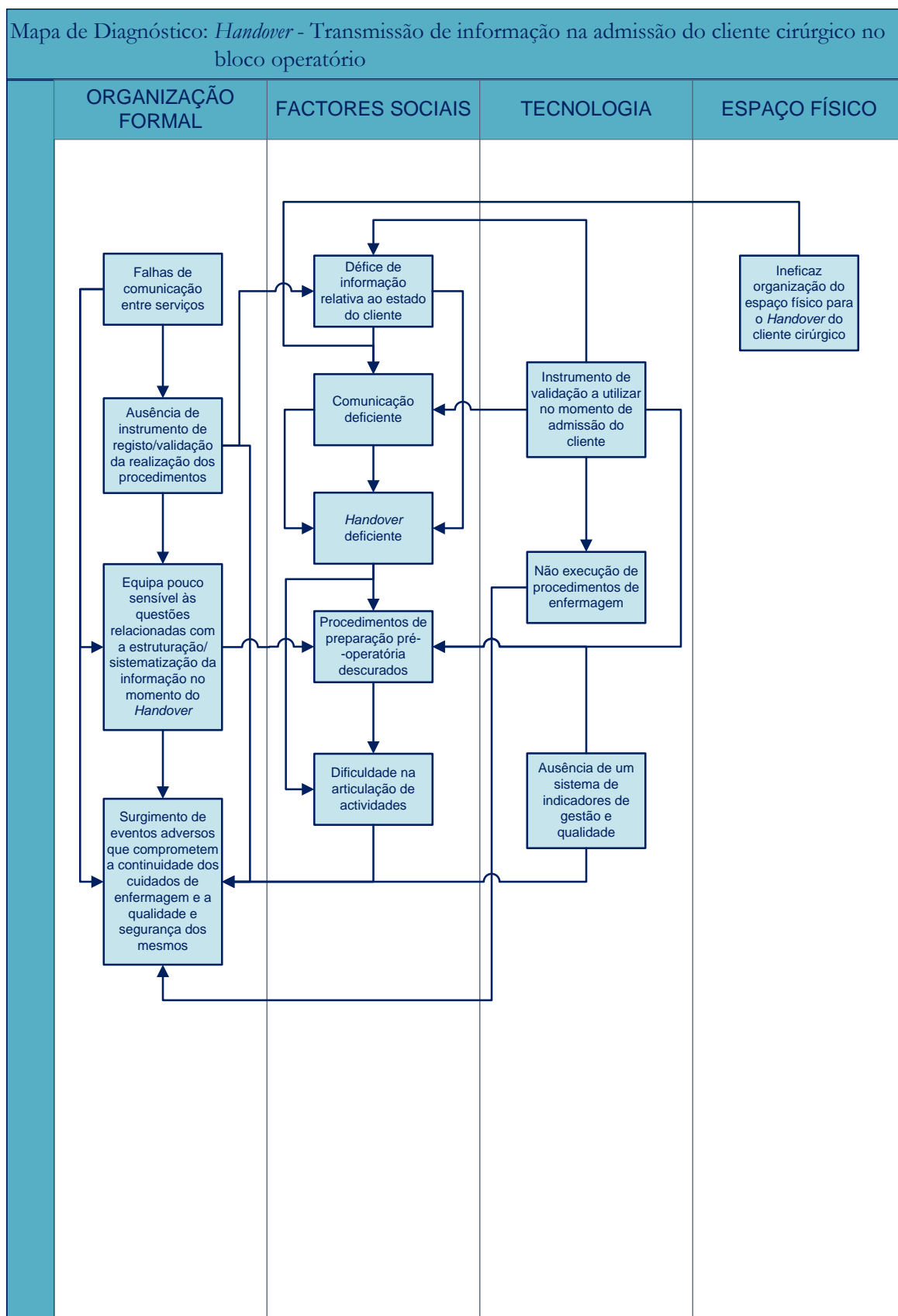
Na sequência da análise dos dados obtidos através da implementação do questionário, foi elaborada uma carta de diagnóstico Stream Analysis que “permite identificar os problemas que causam constrangimentos no processo em análise”, (Ribeiro, 2009). Perante diversas situações com que nos deparamos diariamente,

sabemos que as escolhas e as acções que os colaboradores tomam no seu dia-a-dia são baseadas no ambiente que nos rodeia e nos factores organizacionais que os envolvem. Devemos ter em conta os factores sociais, a tecnologia, o espaço físico e a organização formal que os influenciam”, (Ribeiro, 2009, p. 112).

O método Stream Analysis constitui uma representação gráfica dos problemas que interferem na dinâmica e funcionamento das organizações, das relações que se estabelecem tendo como principal finalidade gerir processos de mudança.

Para o tratamento de dados foi importante a utilização de dois programas que permitiram a análise dos questionários, o Microsoft EXCEL, e a realização da stream analysis, o Microsoft VISIO.

O nosso mapa de diagnóstico (Quadro 3) está dividido em quatro dimensões da organização, e a cada uma correspondem os problemas identificados e as relações que se estabelecem entre os mesmos.



Quadro 3 – Mapa de diagnóstico que elaboramos

### **3.3 Procedimento metodológico - revisão integrativa de literatura**

Cuidar nos tempos atuais exige um conhecimento científico, que nos auxilie nas decisões que tomamos para uma prática clínica segura. Este conhecimento científico é alcançado quando se investiga, quando a nossa necessidade de conhecimento nos desperta a vontade e a curiosidade, permitindo-nos atingir um novo patamar de saberes.

A Prática Baseada na Evidência (PBE), vai ao encontro desta nossa necessidade, pois ela é “uma abordagem que preconiza a utilização de resultados de pesquisas na prática clínica, sendo a revisão integrativa um dos seus recursos.”, (Ursi, 2005). A PBE procura encorajar a utilização dos resultados obtidos durante a pesquisa, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente, ou seja “ fazer as coisas de uma forma eficaz assegurando que são bem feitas.” (Ruivo et al., 2010).

O processo de melhoria da qualidade dos cuidados, pautado pela segurança dos mesmos exige aos enfermeiros “conhecimentos específicos, um olhar particular e o desenvolvimento de capacidades capazes de ser integrados no cuidar.”, (Pinto, 2009). Atualmente e “em virtude da quantidade crescente e da complexidade de informações na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento de artifícios, no contexto da pesquisa.”, (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

Os enfermeiros são diariamente confrontados com tomadas de decisões e com as consequências que as mesmas acarretam para as pessoas que necessitam dos seus cuidados. Entende-se assim, que a PBE permite “assegurar que essa tomada de decisão seja apoiada em resultados de investigação válidos e actuais.” (Ruivo et al., 2010).

A PBE define-se como uma “abordagem que pode promover a segurança do paciente e envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos.” (Galvão, 2009).

Um dos pilares da PBE é a pesquisa clínica que exige preparação do enfermeiro no desenvolvimento de capacidades para pesquisar,

avaliar e integrar as evidências oriundas de pesquisa de dados do paciente e as observações clínicas, acrescido a este aspecto, existe a necessidade do desenvolvimento de uma cultura organizacional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, que favoreça a utilização de resultados de pesquisa na prática clínica. (Galvão, 2009, p. 882).

No presente estudo, foi selecionada a revisão integrativa de literatura pois a mesma “sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostra sobretudo as conclusões do corpus da literatura sobre um fenómeno específico, compreende pois todos os estudos relacionados a questão norteadora que orienta a busca desta literatura.”, (Crossetti, 2012).

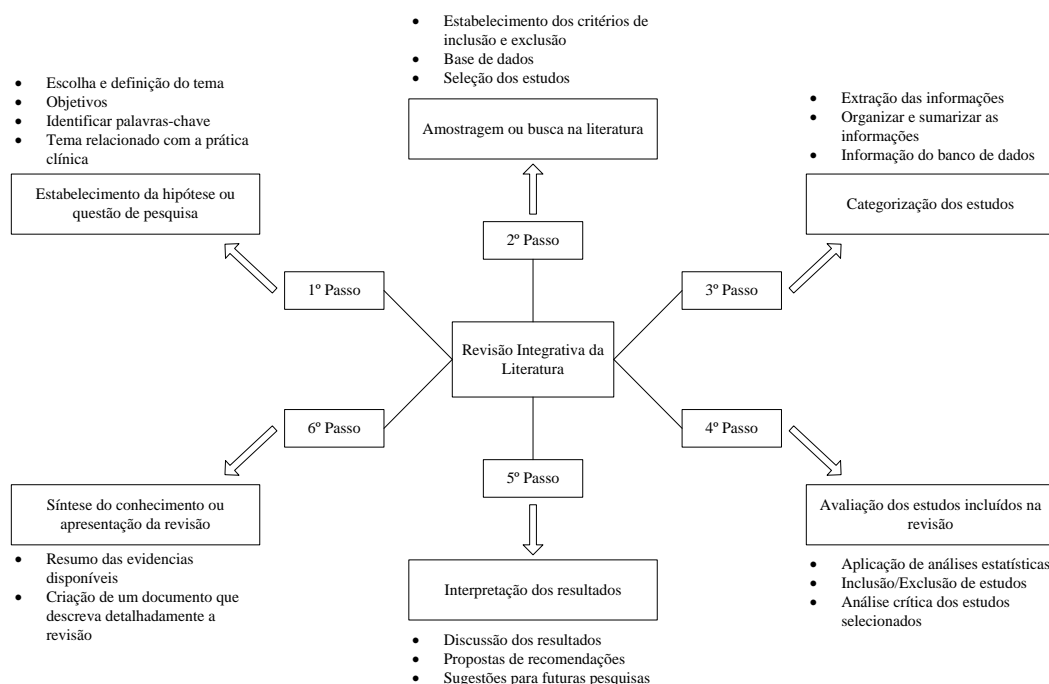
Considerado um método valioso para a enfermagem pois a “quantidade e complexidade de informações na área da saúde e o tempo limitado dos profissionais são aspectos que têm determinado a necessidade do desenvolvimento de métodos que proporcionem caminhos concisos até aos resultados oriundos de pesquisas.”, (Galvão, 2009).

Este tipo de método exige “ seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos.”, (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Combina também a “inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para a compreensão completa do fenómeno analisado.”, (Souza et al., 2010). Permite ainda, a “combinação de dados de literatura teórica e empírica.”, (Mendes et al., 2008).

A revisão integrativa de literatura é um método de revisão importante na pesquisa em enfermagem e “tem sido proposta por diferentes autores cujos procedimentos metodológicos se diferenciam no número de etapas e na forma como propõe desenvolvê-las e apresentá-las.”, (Crossetti, 2012). No entanto, existem alguns autores que “ressaltam a importância de um problema bem estruturado, a sistematização do desenvolvimento da busca das pesquisas e a análise criteriosa dos resultados, como aspectos cruciais para o sucesso de uma revisão integrativa bem conduzida.” (Ursi, 2005).

Para uma melhor compreensão das etapas deste método apresentaremos na Figura 2, a descrição sucinta das seis etapas do processo de elaboração da revisão integrativa do nosso estudo.

Figura 2 – Componentes da revisão integrativa



Fonte: Figura adaptada de MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, (2008).

### Primeira Etapa: Questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa

A questão da pesquisa é a “fase mais importante da revisão, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo.”, (Souza et al., 2010).

A escolha do tema deve despertar o interesse do investigador, pois este método de revisão exige tempo e um esforço considerável, do mesmo. Procurámos escolher um tema que constitui-se um problema vivenciado na prática diária dos nossos cuidados e que nos desperta-se interesse. Desta forma, formulámos a seguinte questão: Quais são as características da realização de um *Handover* eficaz para a prevenção de eventos adversos no período perioperatório?

Determinada a questão de investigação, esta permite “ressaltar os diversos aspectos do domínio em estudo e a relação entre os mesmos. Para cada um dos conceitos retidos é estabelecida uma de sinónimos ou de subconceitos, chamados palavras-chave.”, (Fortin, 1999).

## **Segunda Etapa:** Amostragem ou pesquisa de literatura

Esta fase está intimamente relacionada com a anterior e refere-se à pesquisa nas bases de dados, utilizando as palavras-chave identificadas. O acesso às bases de dados permite-nos identificar os estudos que farão parte da revisão.

Outra sub etapa é proceder à elaboração de critérios de exclusão e inclusão. Procurámos com estes critérios conduzir a seleção dos artigos de forma “criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão.”, (Mendes et al., 2008).

Ao elaborar os critérios estes devem ser de acordo com a pergunta de partida “considerando os participantes, a intervenção e os resultados de interesse.”, (Souza et al., 2010).

## **Terceira Etapa:** Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/Categorização dos estudos

Nesta etapa, temos como objetivo “organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.” (Mendes et al., 2008). Para tal, foi importante elaborar um instrumento onde fosse possível reunir e sintetizar as informações chave de cada um dos artigos constituintes da amostra (Apêndice V). A sua utilização, asseguramos que a “totalidade dos dados relevantes seja extraída, para minimizar o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem das informações e servir como registo.”, (Souza et al., 2010).

## **Quarta Etapa:** Análise dos resultados

Esta 4ª etapa, é geralmente considerada semelhante à “análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e a característica dos estudos.”, (Souza et al., 2010). São várias as abordagens que o investigador pode escolher para “aplicação de análises estatísticas; a listagem de fatores que mostram um efeito na variável em questão ao longo dos estudos; a escolha ou exclusão de estudos frente ao delineamento de pesquisa.”, (Mendes et al., 2008). No entanto, estas

abordagens apresentam vantagens e desvantagens o que tornam difícil a escolha do investigador. O investigador deve procurar “avaliar os resultados de maneira imparcial, buscando explicações em cada estudo para as variações nos resultados encontrado, segundo os mesmos autores.

A realização da análise crítica dos estudos pertencentes a uma revisão integrativa requer assim, “uma abordagem organizada para avaliar o rigor e as características de cada estudo.”, (Ursi, 2005).

Segundo a bibliografia consultada, surgem várias menções à forma como se deve realizar a avaliação crítica dos artigos selecionados. Esta etapa requer a “categorização, ordenação e sumarização dos resultados, podem ser realizadas na forma descritiva, pontuando as questões mais significantes”, segundo Ursi (2005), citando Broome (1993).

Para se puder realizar a análise e posterior síntese dos artigos selecionados após a aplicação dos critérios de inclusão, construímos um quadro semelhante ao apresentado por Ursi na sua tese de mestrado onde mencionamos os aspetos que consideramos pertinentes (ver Apêndice V) e que inclui os seguintes itens:

- Nome do artigo pesquisado e respectivos autores;
- Objetivos do estudo;
- Metodologia;
- Tamanho da amostra;
- Resultados da investigação;
- Recomendações/conclusões.

#### **Quinta Etapa: Discussão e apresentação dos resultados**

Esta etapa pode ser comparada à discussão de resultados realizada nas pesquisas primárias. Queremos com isto dizer que a mesma se faz a partir da “ interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.”, (Souza et al., 2010).

Na condução da revisão integrativa ainda é possível “identificar fatores que afetam a política e os cuidados de enfermagem (prática clínica).”, (Mendes et al., 2008). Ao identificar lacunas que comprometam a prática segura dos cuidados de enfermagem, as

mesmas podem ser sugeridas como futuras investigações perspetivando uma melhoria na qualidade dos mesmos.

### **Sexta Etapa:** Apresentação da revisão

Esta etapa também se encontra definida como síntese do conhecimento, ou seja, nela vamos encontrar um “documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos.”, (Mendes et al., 2008).

A apresentação da revisão deve ser completa e clara, permitindo assim ao leitor avaliar de forma crítica os resultados e a pertinência das informações.

Em forma conclusiva podemos afirmar, e somos da opinião, que a proposta de uma revisão integrativa, tal como nos foi apresentada, é “reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura e as suas conclusões serão questionadas caso a sua construção seja baseada numa metodologia questionável.”, (Idem).

#### **3.3.1 Procedimento para a seleção de artigos**

A questão formulada por nós para a presente revisão integrativa foi: Quais são as características da realização de um *Handover* eficaz para a prevenção de eventos adversos no período perioperatório? O objetivo foi avaliar as evidências disponíveis sobre a existência de formas padronizadas de *Handover* e qual a sua implicação no aparecimento de eventos adversos.

Uma revisão integrativa é constituída por artigos que são pesquisados em diversas fontes de dados. No entanto, temos de identificar o que pretendemos pesquisar, como tal é importante nesta fase determinar as palavras-chave e os respetivos sinónimos que foram: *Handover*, communication (comunicação); patient safety (segurança do cliente), perioperative nursing (enfermagem perioperatória) e design methodology (metodologia de projeto). A nossa pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO onde foram consultadas as seguintes bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System *on-line*), CINAHAL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), B-On (Biblioteca *on-line*) e Scielo, entre os dias 9 e 15 de maio.



Após a consulta das bases de dados *on-line* utilizando a plataforma EBSCO, surgiram 56 referências bibliográficas, sem qualquer refinamento as quais foram sujeitas aos critérios de inclusão e exclusão por nós estabelecidos.

Os critérios de inclusão dos artigos por nós definidos, para a presente revisão integrativa foram:

- Artigos que abordam o conceito de *Handover* e a sua implicação na prática dos cuidados de enfermagem Perioperatória;
- Fontes Primárias;
- *Full-text* disponível.

Os critérios de exclusão definidos, para viabilizar a amostra dos artigos foram:

- Artigos médicos;
- Sem resumo disponível;
- Artigos que abordam o *Handover* entre outros profissionais de saúde, por exemplo (enfermeiros e médicos);
- Artigos que não envolvam cuidados perioperatórios;
- Revisões de literatura;
- Artigos de opinião;
- Artigos que envolvam a relação com os clientes no processo de *Handover*.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos todos os artigos cujos resumos não se encontravam disponíveis. Após a primeira exclusão desta revisão integrativa, efetuamos a leitura dos resumos, procedendo à sua análise. Foram selecionados por exclusão, todos os resumos que indicavam uma abordagem ao *Handover* entre diferentes profissionais de saúde, num total de 21. O passo seguinte foi incluir todos os que apresentavam *full-text*, os quais após uma leitura mais cuidada permitiu selecionar apenas os que constituíam fontes primárias e abordassem a implicação do *Handover* nos cuidados de Enfermagem Perioperatória. O resultado final foi um total de 6 artigos. Nestes, encontramos três estudos quantitativos e outros três qualitativos.

### 3.3.2 Análise e síntese dos resultados

Neste subcapítulo serão apresentadas as análises e sínteses de resultados de cada um dos seis artigos selecionados. Os primeiros três quadros referem-se aos artigos cuja metodologia utilizada foi a quantitativa e os restantes três referentes a uma metodologia qualitativa.

<b><u>ARTIGO 1</u></b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<p>NOME DO ARTIGO Patient <i>Handover</i> from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality</p> <p>AUTORES Ken R. Catchpole, Marc R. de Leval, Angus McEwan, Nick Pigott, Martin J. Elliot, Annette McQuillan, Carol Macdonald, Allan J. Goldmans</p>	<p>O objetivo deste estudo foi: Desenvolver um protocolo de transferência para melhorar a segurança e qualidade do <i>Handover</i> do cliente cirúrgico pediátrico no período crítico após cirurgia cardíaca.</p>	<p>Quantitativo – Estudo prospetivo de intervenção com observação de avaliação direta do desempenho da transferência realizada na UCI Cardíaca Pediátrica de um centro hospitalar para a cirurgia cardíaca congénita.</p>	<p>A amostra foi composta por 50 transferências de clientes pediátricos. Foram estudadas 23 transferências antes da introdução do novo protocolo e 27 após o novo protocolo.</p> <p>Foi utilizado um método RACHS-1 (5) para classificar os clientes em grupos de risco, com nível 1 e 2 operações designadas de baixo risco, e níveis 3 e 4 designadas de alto risco. No grupo transferência antigo, 15 estavam no grupo de cirurgia de baixo risco e oito estavam no grupo de cirurgia de alto risco. Com 17 dos participantes inseridos no grupo de baixo risco e 10 no grupo de alto risco após a introdução do novo protocolo de transferência.</p>
<b><u>RESULTADOS</u></b>		<b><u>RECOMENDAÇÕES /CONCLUSÕES</u></b>	
<p>Com a introdução do novo protocolo de <i>Handover</i> o número médio de erros técnicos e informações omissas reduziram significativamente. Outro resultado verificado foi a redução ligeira da duração média do <i>Handover</i>.</p>		<p>O desenvolvimento de um processo <i>Handover</i> simples, de fácil aprendizagem, usando conhecimentos de outras indústrias de alto risco, reduz erros e melhora a transferência de informação sem penalizar a duração do <i>Handover</i>.</p> <p>Os autores acreditam que o trabalho desenvolvido pode ser extrapolado para outras áreas da medicina que permitissem avaliar de forma sistemática o novo protocolo.</p>	

Quadro 4 – Análise do Artigo 1: Patient *Handover* from surgery to intensive care: using formula 1 pit-stop and aviation models to improve safety and quality

### Considerações Importantes

Foi demonstrado neste estudo que é possível utilizar o conhecimento das indústrias de alto risco, como a Aviação e a Fórmula 1, para melhorar o desempenho nos serviços de saúde. Embora este constituiu-se um pequeno estudo piloto os dados foram animadores, pois mostraram a eficácia de um protocolo simples e de fácil aprendizagem para a comunicação entre BO e equipas de cuidados intensivos.

Após a introdução do novo processo de *Handover* verificaram-se melhorias em quase todo o processo, apesar de a dimensão do estudo ser demasiado pequena.

O novo processo de *Handover* melhorou o trabalho em equipa, que se refletiu na melhoria do desempenho profissional, atingindo assim taxas de erro mais baixas.

O processo de *Handover* demora menos tempo, dando espaço à equipa para realizar outros procedimentos sobre menos pressão.

Uma diferença crucial que emergiu foi que a Fórmula 1 e a aviação têm uma força de trabalho relativamente estável, com rotatividade de pessoal mínima. Em contraste, a rotação de pessoal na área da saúde é muito maior, tornando essencial a introdução de um processo que seja facilmente compreendido e adquirido em tempo útil.

<b>ARTIGO 2</b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<p>Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of <i>Handover</i></p> <p>Autores: Maryann Street; Paula Eustace; Patricia M Livingston; Melinda J Craike; Bridie Kent; Denise Patterson</p>	<p>Os objetivos deste estudo foram:</p> <p>Identificar os pontos fortes e limitações nas práticas atuais de <i>Handover</i> durante a mudança de turno pela equipe de enfermagem;</p> <p>Implementar um novo processo de <i>Handover</i> para melhorar a segurança do cliente.</p>	<p>Estudo quantitativo com aplicação de um questionário com perguntas fechadas.</p>	<p>A amostra é composta por 259 enfermeiros. Esta foi dividida nas seguintes variáveis de estudo: Género; Níveis de carreira; Turnos (manhã, tarde e noite); Experiência como enfermeiras a tempo inteiro e tempo parcial.</p>
<b><u>RESULTADOS</u></b>			<b><u>RECOMENDAÇÕES/ CONCLUSÕES</u></b>
<p>Os resultados evidenciaram uma grande variação nas práticas de <i>Handover</i>, no que concerne à sua duração, localização e método, com uma diferença significativa para os grupos em estudo, enfermeiros a tempo parcial e com carga horária completa.</p> <p>A um maior número de <i>Handover</i>, associa-se piores transmissões de informação.</p> <p><u>Duração do <i>Handover</i></u> – O estudo concluiu que o tempo médio de <i>Handover</i> por cliente tem uma duração média de 5,5 minutos nos turnos diurnos. Constatou-se ainda que o <i>Handover</i> do turno da noite era significativamente mais curto do que os <i>Handovers</i> dos turnos da manhã e da tarde.</p> <p><u>Método de comunicação e locais de <i>Handover</i></u> - Neste estudo, conclui-se que o local de <i>Handover</i> varia com o número de <i>Handovers</i>. No caso de se tratar de um único <i>Handover</i> este acontece em vários locais, tais como: junto do cliente, na sala de enfermagem ou em qualquer outra sala disponível. Neste caso o <i>Handover</i> efetuava-se quer de forma verbal quer escrita. Em contraste, tratando-se de dois <i>Handovers</i>, o primeiro ocorria tipicamente na sala de enfermagem sendo efetuado pela enfermeira coordenada do serviço usando a forma verbal e escrita para proceder ao <i>Handover</i>. Já o segundo ocorria usualmente junto do cliente e usava apenas a forma verbal.</p> <p>A maioria dos enfermeiros indicou que o uso das formas verbal e escrita era o método de <i>Handover</i> mais eficaz.</p> <p><u>Perceções Gerais do <i>Handover</i></u> – Estas perceções foram avaliadas através de uma série de declarações. Uma percentagem pouco significativa de enfermeiros, declarou que o <i>Handover</i> era muito longo, enquanto uma maior percentagem de enfermeiros, referiu que o tempo de <i>Handover</i> era curto, especialmente do turno da noite para o da manhã. A grande maioria dos enfermeiros concordaram que uma informação suficiente e atualizada era fornecida havendo oportunidade para a colocação de questões que visassem o esclarecimento de dúvidas. Contudo, um grande grupo de enfermeiros reportou que a forma como a informação era apresentada durante o <i>Handover</i> não era fácil de ser compreendida, era subjetiva ou não podia ser obtida através da consulta do quadro de plano de cuidados.</p> <p><u>Comparação entre enfermeiros com cargas horárias diferentes</u> -</p> <p>Neste item o estudo não revelou diferenças significativas entre os <i>Handovers</i> dos enfermeiros que trabalham a tempo parcial e os que trabalham a tempo inteiro.</p> <p><u>Mudança no processo de <i>Handover</i> após a intervenção</u> – Auditorias de seguimento da implementação do novo procedimento de <i>Handover</i>, junto ao cliente, permitiu verificar uma melhoria acentuada e progressiva no tempo, no processo de <i>Handover</i>.</p> <p>Esta evolução positiva foi demonstrada em certos itens como, a inclusão do cliente nas verificações de segurança, mobilidade, comunicação, incluindo o SBAR e a verificação do processo.</p>			<p>Este estudo evidenciou grande variação nas práticas do <i>Handover</i> anteriores à implementação de um novo processo de <i>Handover</i> padronizado, centrado no cliente, para melhorar a continuidade dos cuidados prestados ao mesmo. Os resultados preliminares indicam uma melhoria na prática do <i>Handover</i> através do envolvimento dos clientes usando o SBAR, com uma verificação ativa dos clientes e a verificação de documentação.</p>

Quadro 5 – Análise do Artigo 2: Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of Handover

### Considerações Importantes

A primeira fase deste estudo envolveu a aplicação de um questionário em 18 serviços de um grande hospital público australiano, nas três mudanças de turno de um dia. Foram convidados a participar no estudo todos os enfermeiros, exceto os enfermeiros que trabalhavam no serviço de internamento de adolescentes, no departamento de imagiologia e no serviço de ambulatório.

A segunda fase do estudo contemplou a implementação do novo processo de *Handover* junto do cliente, incluindo uma auditoria ao envolvimento do cliente, uso do SBAR, verificação ativa do cliente e verificação do processo clínico. O processo de *Handover* foi avaliado através da avaliação de 11 indicadores, aplicados a 10 clientes por serviço, por semana e selecionados aleatoriamente.

<b>ARTIGO 3</b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<p>NOME DO ARTIGO Nursing <i>Handover</i>: It's a time for a change</p> <p>AUTORES O'Connell, B; MacDonald, K; Kelley, C</p>	<p>Analisar a percepção das práticas de <i>Handover</i> realizadas pelos enfermeiros;</p> <p>Determinar os pontos fortes e as limitações do processo <i>Handover</i>.</p>	<p>Estudo quantitativo (escalas de likert)</p> <p>Foram distribuídos cerca de 500 exemplares do instrumento de pesquisa, nos 22 serviços de um hospital metropolitano australiano. Todos os enfermeiros foram convidados a participar. Após o preenchimento do instrumento de pesquisa os mesmos eram colocados dentro de um envelope, assegurando assim o anonimato das respostas. O prazo máximo para preenchimento e devolução dos questionários foi de duas semanas.</p>	<p>Amostra n= 176 enfermeiros de 21 serviços, sendo a grande maioria do sexo feminino e aproximadamente em igual número os enfermeiros a tempo inteiro e a tempo parcial. A média do número de anos de experiência desta amostra era pouco mais de onze anos, sendo que o tempo médio de trabalho nessa organização aproximadamente 6 anos. A maior parte das respostas obtidas foram de enfermeiras.</p>
<b><u>RESULTADOS</u></b>		<b><u>RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES</u></b>	
<p>Os resultados desta pesquisa indicam diversas práticas no que diz respeito ao <i>Handover</i>.</p> <p>Dado que os enfermeiros desempenham funções em diversos serviços, com dinâmicas diferentes pode ser útil considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos de <i>Handover</i> específicos devem ser desenvolvidos para promover o relato de objetivos e informação relevante.</li> <li>• O <i>Handover</i> deve ser efetuado predominantemente pela enfermeira responsável pelo cuidar do cliente. Isto pode potencialmente reduzir o efeito "sussurro chinês".</li> <li>• A duração do <i>Handover</i> deve ser revista, com a implementação de estratégias que agilizem este processo.</li> </ul>		<p>Este estudo indica défice na eficiência e efetividade do <i>Handover</i> e a necessidade de considerar mudanças neste processo. Apesar de várias décadas de pesquisa a análise da comunicação de dados do paciente na mudança de turno de enfermagem, o processo de transferência continua a representar desafios para a gestão de enfermagem.</p> <p>Para desenvolver ainda mais este processo é importante implementar e avaliar as recomendações feitas neste trabalho como uma forma de desenvolver a transferência de boas práticas e melhorar a comunicação interprofissional.</p>	

Quadro 6 – Análise do Artigo 3: Nursing Handover: It's a time for a change

### Considerações importantes

Foram determinados neste estudo os seguintes pontos fortes e limitações.

Pontos fortes:

- Ter conhecimento global de todos os clientes do serviço;
- Ser capaz de verificar o estado clínico do cliente e verificar informação sobre o respetivo plano de cuidados;

- Receber informação atualizada;
- Receber informação relevante;
- Receber informação completa;
- Receber informação diretamente da enfermeira que prestou cuidados ao cliente no turno anterior.

Limitações:

- Tempo necessário para realizar o *Handover* demasiado longo;
- Privacidade e confidencialidade, quando o *Handover* acontece junto do cliente;
- Informação omissa ou incompleta;
- Excesso de trabalho, pode ter impacto negativo no *Handover*;
- Interrupções (por outros profissionais, clientes, visitas e telefone).

O desafio para o *Handover* é a comunicação de informação relevante e atualizada que não se encontra repetida noutra documentação, como seja o plano de cuidados de enfermagem, potencializando a redução do tempo requerido para o mesmo.

Se o processo de *Handover* for otimizado, reduzindo a quantidade de informação a transmitir o enfermeiro terá mais disponibilidade para a prestação de outros cuidados e ensinamentos de informação.

Os enfermeiros referiram que as interrupções durante o *Handover* são frequentes e este é um assunto que merece atenção uma vez que potencia o aumento do tempo requerido, a efetividade do *Handover* e a potencial distração dos enfermeiros.

A qualidade do *Handover* depende do enfermeiro.

<b>ARTIGO 4</b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<p>NOME DO ARTIGO Developing a minimum data set for electronic nursing <i>Handover</i></p> <p>AUTORES Maree Johnson, Diana Jefferies, Daniel Nicholls,</p>	<p>Definir um conjunto de dados mínimos para um sistema eletrónico complementar ao <i>Handover</i> verbal de enfermagem.</p>	<p>A pesquisa qualitativa foi realizada para identificar o alcance da informação a ser transmitida por enfermeiros que procedem ao <i>Handover</i> e processos relacionados com os mesmos. Foram utilizadas gravações digitais do <i>Handover</i>, que foram transcritas na íntegra e analisadas usando um software (NVivo8<sup>TM</sup>) e realizadas notas de campo, feitas por pesquisadores que observaram o processo de <i>Handover</i> (o local, os membros da equipe e líderes).</p> <p>Foi obtida a aprovação ética pelo Comité de Ética e Pesquisa Humana, no serviço de saúde e da University of Western Sydney. Foi obtido o consentimento por escrito de todos os participantes.</p>	<p>Foram realizadas gravações digitais de <i>Handovers</i> de 195 pacientes em 10 ambientes clínicos diferentes.</p>
<b><u>RESULTADOS</u></b>		<b><u>RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES</u></b>	
<p>Os resultados da análise confirmaram o uso frequente de um conjunto mínimo de itens de <i>Handover</i>, em todas as especialidades médicas. O uso desses itens era afetado pelo contexto do cliente e situação clínica. A prestação de cuidados a clientes idosos, reportavam muitas vezes vários sinais clínicos de alerta (zonas de pressão e riscos de quedas).</p> <p>Mudanças rápidas da condição do cliente, em situação de emergência, enfatizaram a necessidade de centrar a observação nos problemas presentes. A saúde mental e a de obstetrícia exigiam reajuste dos itens.</p>		<p>O conjunto de dados mínimos genéricos permite que o enfermeiro transmita no processo de <i>Handover</i> informação necessária sobre a condição e cuidados prestados ao cliente. Este conjunto de dados deve ser flexível e adaptável ao contexto do cliente e complementa o <i>Handover</i> verbal. Este conjunto mínimo de dados constitui uma excelente ferramenta de trabalho para o desenvolvimento de sistemas adequados a médicos, gestores e especialistas de informação. Esta ferramenta pode ser também usada por professores de enfermagem e na formação de recém-licenciados e pessoal experiente, sobre qual o conteúdo a ser transmitido no <i>Handover</i>.</p> <p>O NH-MDS (Nurse <i>Handover</i>-Minimum Data Set) é uma ferramenta que visa melhorar a segurança do cliente e melhorar os sistemas de comunicação existentes na área da saúde.</p>	

Quadro 7 – Análise do Artigo 4: Developing a minimum data set for electronic nursing Handover

### Considerações Importantes

Os dados obtidos mostraram que todos os *Handovers* foram conduzidos através de uma comunicação verbal usando folhas de cálculo, ou documentos de texto pré-definidos.

Quanto à localização do *Handover*, esta variou consoante as necessidades de cada especialidade e características da informação a transmitir, de forma a assegurar a confidencialidade das informações específicas de cada cliente.



Interrupções frequentes ao longo de *Handovers* podem afetar a qualidade de transferência de informação.

O estudo demonstrou a existência de muitos itens comuns nos *Handovers* independentemente da especialidade clínica e condição do cliente mas também evidenciou, a necessidade de adequar outros itens a situações específicas. Nem todos os itens de dados serão reportados para todos os pacientes em todos os contextos, mas prevê-se que alguns itens aparecerão na folha de resumo eletrônico gerado a partir do MDS aqui proposta. Esses itens não podem ainda ser apresentados verbalmente, no entanto, as informações permanecerão disponíveis para todos os enfermeiros na unidade.

O conjunto mínimo de itens finais selecionado neste estudo para estarem presentes no sistema informático a desenvolver são:

- Identificação do cliente (nome, data de nascimento, número de processo, diagnóstico) – são campos preenchidos automaticamente;
- Data estimada para a alta, alertas clínicos - são campos preenchidos automaticamente;
- História clínica: motivo de admissão/problema, história clínica relevante, procedimento;
- Condição clínica;
- Plano de cuidados: observações correntes, gestão de risco, registos clínicos resultados de exames, condição da pele condição da pele, o estado de feridas e balanço hídrico;
- Objetivos e resultados dos cuidados e planeamento da alta /transferência.

O estudo demonstrou que um sistema eletrónico de *Handover* proporciona informação sumariada de todos os clientes a todos os enfermeiros. Recomendam a utilização de MDS, como uma abordagem estruturada e de conteúdo global.

<b>ARTIGO 5</b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<b>NOME DO ARTIGO</b> Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing  <b>AUTORES</b> Diana Jefferies, Maree Johnson e Daniel Nicholls	Investigar como os problemas do cliente, intervenções e resultados de cuidados são descritos na comunicação oral e escrita em enfermagem e se a informação crítica sobre o cliente está omissa.	Qualitativo - Foi efetuada uma análise de conteúdo de dois conjuntos de dados relativos a documentos escritos e transcrições de <i>Handovers</i> clínicos.	67 registos de enfermagem e 195 transcrições de <i>Handovers</i> clínicos.
<b><u>RESULTADOS</u></b>		<b><u>RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES</u></b>	
De acordo com este estudo os registos de enfermagem continham maioritariamente descrição da condição clínica do cliente observada pelo enfermeiro e da prestação de cuidados efetuada. A análise das transcrições dos <i>Handover</i> clínicos revelou semelhanças e diferenças com as informações presentes nos registos de enfermagem. No <i>Handover</i> a condição clínica do cliente e a prestação de cuidados é mais explorada.		Informação mais compreensível é transmitida durante o <i>Handover</i> clínico. O âmbito dos registos de enfermagem permanece limitado. Omissões de dados importantes continuam a ocorrer nestes documentos. Contudo, ambas as formas de comunicação complementam-se, apesar dos enfermeiros continuarem a preferir a comunicação oral. É proposta a congruência do âmbito da informação transmitida em ambas as formas de informação. O desafio é como implementar melhorias na documentação escrita de forma a assegurar semelhanças no âmbito dos diferentes registos.	

Quadro 8 – Análise do Artigo 5: Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing

### Considerações Importantes

De acordo com este estudo, a maior diferença entre a informação contida nos registos de enfermagem e no *Handover* clínico está na informação relativa à admissão do cliente, sua história clínica e plano de cuidados preconizados que é mais detalhada no *Handover*.

Nos registos de enfermagem a informação incluída está muito baseada no que a enfermeira observou sobre o cliente ou nos cuidados prestados, mas não está explícita a descrição da condição global do cliente e se as intervenções de enfermagem têm influência na sua condição. Estas omissões fazem dos registos de enfermagem uma fonte inadequada para o planeamento dos cuidados ao cliente.

No *Handover* clínico os enfermeiros incorporam informações provenientes de uma grande variedade de fontes como sejam, outros enfermeiros e profissionais de saúde,

clientes ou seus cuidadores, permitindo aos enfermeiros apresentarem informações mais contextualizadas como o diagnóstico atual do cliente e história clínica relevante. Estas informações mais contextualizadas associadas a informações de como os cuidados prestados influenciam a condição dos clientes, incorporadas no *Handover* oral permitem uma visão mais holística do cliente. O *Handover* permite também que a voz do cliente esteja presente na comunicação e que os enfermeiros clarifiquem dúvidas ou aumentem o conhecimento do cliente através da colocação de questões. A principal limitação do *Handover* clínico é o facto da informação transmitida não ficar registada de forma permanente, comprometendo assim a segurança do cliente.

Uma solução é criar sistemas que assegurem a congruência entre o *Handover* clínico e os registos de enfermagem para que, a informação sobre o cliente não se perca.

A introdução de registos de saúde na forma eletrónica pode ser uma oportunidade para desenvolver sistemas informáticos de suporte que integrem as informações transmitidas de forma oral e escrita.

<b><u>ARTIGO 6</u></b>			
<b><u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u></b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>METODOLOGIA</u></b>	<b><u>AMOSTRA</u></b>
<p>NOME DO ARTIGO Nurses discuss bedside <i>Handover</i> and using written <i>Handover</i> sheets</p> <p>AUTORES Maree Johnson, Leanne Cowin,</p>	<p>Explorar as perspectivas dos enfermeiros sobre a introdução do <i>Handover</i> junto do cliente e o uso de documentos escritos no processo de <i>Handover</i>.</p>	<p>Foi utilizada metodologia qualitativa – entrevista semiestruturada.</p>	<p>Os dados foram obtidos a partir de seis grupos focais com 30 enfermeiros.</p>
<b><u>RESULTADOS</u></b>	<b><u>RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES</u></b>		
<p>Foram identificados os seguintes temas: pontos fortes e fracos do processo de <i>Handover</i> junto do cliente; envolvimento do cliente no <i>Handover</i>; bons comunicadores fazem uma boa comunicação; três fontes de informação sobre o cliente (<i>Handover</i>, documentos de <i>Handover</i> e notas de enfermagem). Outros assuntos incluem os documentos escritos de <i>Handover</i>, problema de acesso à tecnologia e modelos de prestação de cuidados. Alguns enfermeiros apoiaram a mudança do local do <i>Handover</i> de uma sala de trabalho para junto do cliente, enquanto outros pretendiam o sistema antigo.</p>	<p>A mudança do <i>Handover</i> para junto do cliente foi implementada como resultado de incidentes que puseram em causa a segurança de clientes.</p> <p>Um estudo Australiano recente evidência a permanência de problemas incluindo falhas de informação, interrupções e falta de envolvimento do cliente.</p> <p>O <i>Handover</i> clínico permanece uma fonte de informação importante para todos os enfermeiros sobre a condição do cliente. O envolvimento do cliente neste processo está a mudar</p> <p>Dados da história clínica escritos, resumindo a informação sobre o cliente têm sido descritos como uma fonte adicional às três fontes de informação tradicionais -<i>Handover</i> verbal; notas de enfermagem e notas de entrada.</p> <p>Recomendações: Este estudo sugere que a formação em comunicação pode trazer vantagens quando são introduzidas alterações no <i>Handover</i> clínico.</p>		

Quadro 9 – Análise do Artigo 6: Nurses discuss bedside Handover and using written Handover sheets

### Considerações Importantes

O estudo evidenciou a existência de pontos fortes e fracos, na mudança do *Handover* para junto do cliente.

Pontos fortes:

- Melhoria da comunicação
- Tradicionalmente o *Handover* era realizado numa sala o que originava também um grande fluxo de informação, o que foi outra razão para a mudança do *Handover* para junto dos clientes.

Pontos fracos:

- Certos serviços não reúnem as condições suficientes para a execução do *Handover* junto do cliente, devido a fatores como o ruído, interrupções e solicitações; por exemplo serviços com clientes confusos e com solicitações

constantes, que originam quebras de comunicação e consequentemente *Handovers* mais longos. Informações importantes podem também ser perdidas.

- A opinião de alguns participantes deste estudo foi a de que a divisão da equipa em subgrupos para a realização de *Handovers* separados conduz a uma informação reduzida sobre os outros clientes, preferindo *Handovers* com a participação de toda a equipe.
- Questões de confidencialidade poderão surgir durante o *Handover* quando outras pessoas (outros clientes, visitas e familiares) estão presentes.

Envolvimento do cliente no *Handover*:

O estudo revelou que existem opiniões contrárias quanto ao envolvimento do cliente no processo de *Handover*.

Comunicação:

Uma boa capacidade de capacidade de comunicação facilita a realização de um bom *Handover*. Existem fatores que interferem com a comunicação, tais como sejam problemas de compreensão de linguagem, diferentes sotaques, diferenças raciais e outras.

Neste estudo foi enfatizada a necessidade dos enfermeiros terem boas capacidades de comunicação para a realização de bons *Handovers*.

Três fontes de informação (verbal, escrito e notas de enfermagem)

Os participantes deste estudo relataram a possibilidade da história clínica dos clientes por vezes ser divergente nas três fontes de informação. A transmissão de informação incorreta pode resultar do facto de se utilizarem múltiplas fontes, o que pode originar uma perda de tempo.

Os benefícios de uma abordagem centrada no cliente foram também evidenciados nas descrições dos participantes, e a capacidade de envolver o cliente está ligada a melhores resultados para o próprio. É mais provável que informação mais precisa e atualizada seja transmitida, se o cliente estiver envolvido no processo de *Handover*.

Nesta investigação é feita referência a estudos recentes que concluem que o *Handover* verbal torna a transmissão de informação mais compreensiva e refletida sobre os problemas dos clientes, pode melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem. Contrariamente, os relatórios escritos tornam o *Handover* mais conciso e executado num período mais curto. A utilização conjunta destas duas formas de comunicar pode ser

vantajosa, quando a informação é congruente, e foi sugerida por alguns enfermeiros participantes neste estudo.

A necessidade de existir informação completa sobre todos os clientes do serviço continuar a ser essencial e deve ser considerada em qualquer abordagem do *Handover* junto do cliente.

### **3.4 Discussão de resultados - implicações para a enfermagem**

Após ter sido concretizada a fase de leitura e análise dos artigos constituintes da nossa revisão integrativa da literatura, procederemos à discussão dos resultados e as implicações que os mesmos terão na prática dos cuidados de enfermagem.

Para termos presente o que determinou esta pesquisa, considerámos importante referir novamente a pergunta de partida “Quais as características da realização do *Handover* eficaz para a prevenção de eventos adversos no período perioperatório?”.

Os enfermeiros do nosso estudo referiram concordar com o fato de que um *Handover* ineficaz constituir um evento adverso, o que vai ao encontro da pergunta por nós criada.

O *Handover* é um procedimento da enfermagem, tão antigo quanto ela. É uma competência adquirida pelos enfermeiros maioritariamente enquanto estudantes e como profissional no início das suas funções, de acordo com os dados apresentados no estudo deste trabalho.

O *Handover* é parte integrante do processo de enfermagem, pois ao permitir uma partilha de informações relativas ao cliente cirúrgico e uma transferência de cuidados, transforma o momento no ponto de partida para um cuidar individualizado e holístico.

O processo de enfermagem refere-se a “um processo continuo e dinâmico, que permite aos enfermeiros modificar os cuidados à medida que se alteram as necessidades dos doentes” (Almeida, 2011). Os enfermeiros adequam os cuidados à medida que os clientes vão conseguindo compreender e ajustar-se à mudança, ao processo de transição. O processo de enfermagem permite ao enfermeiro perioperatório, construir um plano de cuidados individualizado, capaz de dar resposta às necessidades do cliente, “pois a enfermagem perioperatória deve ser planeada, implementada e orientada por objectivos, tendo por base uma abordagem holística, do individuo enquanto pessoa, considerada nas

suas diferentes componentes, nomeadamente física, psicológica, espiritual e social.” (AESOP, 2006).

O *Handover* é uma das atividades de enfermagem que quando bem conduzidos, torna-se eficaz na prevenção de eventos adversos.

Outras dimensões da eficácia do *Handover*, são apresentadas na análise dos nossos artigos. Os mesmos referem que um *Handover* eficaz:

- Promove a segurança do cliente;
- Promove a continuidade dos cuidados;
- Melhora a comunicação;
- Melhora o trabalho em equipa;
- Confere maior disponibilidade para a prestação de cuidados e ensinamentos realizados ao cliente;
- Melhora o desempenho profissional.

Na prática, constatamos que muitos dos itens anteriormente referidos são também apoiados pelos participantes do nosso estudo. Quando questionados sobre os benefícios que a prática do *Handover* pode trazer para a prática diária dos cuidados os, mesmos evidenciaram como principais fatores a promoção da segurança do cliente, seguida de uma comunicação mais efetiva.

A comunicação mais efetiva, vem mencionada no Artigo 6, quando os autores referem que uma boa capacidade de comunicação facilita a realização de um bom *Handover*. No entanto, existem alguns fatores que interferem na sua execução. Esses fatores prendem-se essencialmente com problemas de compreensão de linguagem, diferenças de sotaques, e diferenças raciais. Os dados mais significativos do nosso estudo corroboram e acrescentam os ruídos na comunicação, o humor dos colegas e a dificuldade na realização de tarefas por falta de tempo. Este último fator também é considerado no Artigo 3, quando é referida como uma limitação do *Handover*.

A comunicação durante o *Handover*, nos artigos analisados, apresenta-se sobre a forma escrita e verbal. No entanto, os enfermeiros dos estudos, focam que os *Handovers* orais são mais detalhados relativamente à informação quanto à admissão do cliente, história e planos de cuidados. Ao passo que a informação contida nos registos de enfermagem são baseados na observação direta do cliente ou nos cuidados prestados e que a descrição da condição global do mesmo e as intervenções de enfermagem não se encontram explícitas.

Uma limitação na transmissão do *Handover* é o fato de a informação transmitida não ficar registada de forma permanente, comprometendo desta forma a segurança do cliente, como nos é referido no Artigo 5. Esta consideração encontra-se mencionada no Artigo 2 onde um grande número de enfermeiros reportou que a forma como a informação era apresentada durante o *Handover* não era fácil de ser compreendida e que a informação era subjetiva ou não podia ser obtida através da consulta do quadro de plano de cuidados. Outras limitações, que podem comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados foram encontradas nos Artigo 1, 3, 4, 5 e 6 referem-se:

- Às informações omissas ou incompletas durante o *Handover*;
- Às interrupções frequentes durante este processo e a forma como estas podem afetar a qualidade da informação transmitida;
- À relação existente entre as interrupções durante o *Handover* e as implicações que as mesmas trazem para o consumo de tempo durante o processo.
- Ao fato das omissões existentes fazerem dos registos de enfermagem uma fonte inadequada no planeamento dos cuidados ao cliente;
- À existência de falhas de informação, interrupções e falta de envolvimento do cliente constituírem uma evidência no processo de *Handover*.

Os estudos revelaram que o *Handover* deve envolver o cliente e que o mesmo deve ser considerado como elemento fundamental na confirmação da informação sobre si, no momento do *Handover*. No nosso estudo, verifica-se uma aproximação aos artigos analisados relativamente ao fato de os nossos participantes considerarem que o cliente deve ouvir o *Handover* no momento em que é transferido para o bloco operatório. No Artigo 6, os benefícios de uma abordagem centrada no cliente foram evidenciados também pelos participantes do estudo e que a capacidade de envolver o cliente está associada à obtenção de melhores resultados para o próprio. Referem ser mais provável que uma informação mais precisa e atualizada seja transmitida, se existir envolvimento do cliente no processo de *Handover*.

Tanto nos artigos por nós analisados como nos resultados apresentados no nosso estudo, ambos referem ser importante a existência de um espaço reservado à realização do *Handover*, preservando a dignidade do cliente e a confidencialidade da informação, esta última apresentada no Artigo 6.

Outra consideração importante a reter é a de que, tanto os enfermeiros do nosso estudo como os enfermeiros dos estudos presentes nos artigos, considerarem que o



*Handover* deve ser realizado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados ao cliente. Os resultados referidos no nosso estudo indicam que a grande maioria dos inquiridos concorda, ou concorda totalmente com esse fato. No Artigo 3, vem mencionado como ponto forte que o *Handover* deve ser recebido diretamente do enfermeiro que prestou cuidados ao cliente. Nesta análise é apresentada ainda, uma consideração importante, referindo que o *Handover* permite também que o cliente esteja presente na comunicação beneficiando os enfermeiros deste momento para clarificarem dúvidas ou melhorarem o conhecimento do cliente através da colocação de questões.

O *Handover* é uma transição entre diferentes prestadores de cuidados, alicerçado na partilha de informação oral e escrita. No entanto, existe uma grande variação nas práticas de *Handover* como é mencionado nos Artigos 2 e 3, o que pode traduzir um défice na eficiência e efetividade do mesmo. Urge assim a necessidade de considerar a introdução de mudanças neste processo.

Todos os estudos são coesos quanto à importância de desenvolver formas mais estruturadas de *Handover*. Só assim, a informação transmitida sobre a condição do cliente será atualizada, relevante e completa, como é referido no Artigo 3.

As mudanças sugeridas são apresentadas na maioria dos artigos analisados e incidem sobre:

- A existência de um protocolo de *Handover* Artigo 1;
- A utilização de um instrumento de comunicação o SBAR, que padroniza a informação a transmitir, Artigo 2;
- A definição de um conjunto mínimo de dados que permita ao enfermeiro a transmissão de informação necessária sobre a condição e cuidados prestados ao cliente. Artigo 4;
- O desenvolvimento de sistemas que assegurem a congruência entre o *Handover* Clínico e os registos de Enfermagem para que, a informação sobre o cliente não se perca. Neste estudo, apresentam como sugestão o desenvolvimento de sistemas informáticos de suporte que integrem as informações transmitidas de forma oral e escrita e a introdução de registos de saúde em suporte informático. Artigo 5;
- Formação em comunicação, melhorando as capacidades de comunicação dos enfermeiros para a realização de bons *Handovers*. Artigo 6.

De acordo com os resultados do nosso estudo, os enfermeiros consideram que a gestão da informação a transmitir no momento do *Handover*, deve ser apoiada, na grande maioria por um instrumento de validação de informação, seguida da existência de apontamentos escritos.

### 3.5 Do SBAR ao SHAR

Face ao exposto anteriormente e porque pretendemos com este estudo melhorar o processo de *Handover*, fomos conduzidos, através das diversas leituras realizadas, a uma técnica de comunicação, SBAR, já referida numa das análises dos artigos.

O SBAR é uma ferramenta utilizada por outros países, pelo que considerámos importante adequá-la à nossa realidade. Como tal, criámos uma mnemónica em português em que cada palavra nos permitisse uma relação direta com o seu conteúdo. A nossa ferramenta de trabalho designa-se assim por SHAR (Situação, História, Avaliação, Recomendações) e constitui um Instrumento Orientador que ao ser lido recordará as informações relevantes a serem transmitidas no *Handover* do cliente cirúrgico quando este é admitido no bloco operatório. (Apêndice III).

Com a aplicação do SHAR pretendemos melhorar a comunicação entre pares, reforçar uma prática clínica segura e ajudar a garantir que as equipas de forma coerente, segundo algumas medidas de segurança crítica, minimizem os riscos mais comuns e evitáveis que colocam em risco a vida e o bem-estar dos doentes cirúrgicos.<sup>39</sup>

Os itens que fazem parte de cada campo, pretendem resumir um conjunto mínimo de dados necessários à transmissão de informações revelantes sobre e para o cliente cirúrgico:

- **SITUAÇÃO** - refere-se à identificação do cliente e à confirmação da execução de procedimentos pré-operatórios que reduzam a ocorrência de eventos adversos;
- **HISTÓRIA** – pretende-se que nos seja fornecida informação relativa à situação e história clínica do cliente cirúrgico;
- **AValiação** – corresponde a uma avaliação das necessidades do cliente, identificando potenciais fatores de risco.

---

<sup>39</sup> Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. – Cirurgia Segura Salva Vidas. Direcção Geral de Saúde 2010.

- RECOMENDAÇÕES – são transmitidas informações relevantes que contribuem para a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem e onde se pretende criar um momento para a clarificação de aspetos relacionados com o cliente.

É importante realçar que SHAR é um instrumento flexível onde a verificação e/ou confirmação de todos os itens pode não acontecer. Exemplo do que foi referido é o momento de admissão do cliente cirúrgico emergente.

O conjunto mínimo de dados inseridos no SHAR, basearam-se nos itens existentes na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e nos dados adquiridos resultantes da implementação do nosso questionário. Neste, há uma questão, em particular, que procura determinar quais os dados que os inquiridos consideravam pertinentes transmitir no momento de *Handover*.

Este será apresentado sobre a forma de póster e colocado num local visível, para que sejam recordados e estruturados os itens a serem abordados aquando da transferência do cliente cirúrgico. Pensamos que desta forma as falhas de comunicação tenderão a reduzir, que o conteúdo do *Handover* será mais estruturado e real e que a equipa e o cliente em particular vivam todo este processo, de forma mais tranquila e segura.

Será importante para a sua implementação a realização de formações sobre *Handover* e sobre a aplicabilidade do Instrumento Orientador.

Pretendemos ainda promover a divulgação deste estudo sobre *Handover* – Transmissão de informação do cliente cirúrgico no momento de admissão no bloco operatório e respetivo Instrumento Orientador no próximo congresso da AESOP através da apresentação de um poster e uma comunicação livre. Fará parte ainda deste relatório a elaboração de um artigo científico para posterior publicação na revista da AESOP. (Apêndice VI)

### **3.5 Avaliação**

A avaliação de um projeto, terá de integrar “dois momentos, a avaliação intermediária que decorre em simultâneo com a execução do projeto e a avaliação final do mesmo, em que ocorre a avaliação do processo e produto do projeto”, (Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem, como referido em Pereira, 2013).

A avaliação de um trabalho é contínua e permanente, pois o mesmo constitui um processo dinâmico, que é suscetível de ser alterado, indicando uma das características da metodologia de projeto, por outras palavras “é o facto de a avaliação ser continua e permitir uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaborar os objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados” e os contributos que os mesmos têm para a prática de enfermagem, de acordo com os Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado, (IPS-ESS, 2013).

### **3.6 Limitações do estudo**

As limitações deste estudo prenderam-se com o fato de existirem muito poucos estudos em Portugal sobre a temática de *Handover*.

Outra limitação foi o fato do centro hospitalar onde decorreu o estudo ter sofrido uma fusão de serviços e hospitais tendo este reagrupamento, constituído um período de instabilidade, com incertezas e preocupações quanto ao futuro. No entanto, sempre que solicitados os enfermeiros mostraram disponibilidade e apoio. Com a recente fusão do centro hospitalar, não houve possibilidade de validar junto do Conselho de Administração a formalização deste Instrumento Orientador.

Uma grande limitação a este estudo foi a ausência de estudos na área da enfermagem perioperatória. Perante esta dificuldade deixo como sugestão e esperança que brevemente esta limitação seja amenizada com a publicação de todas as investigações levadas a cabo neste primeiro Mestrado em Enfermagem Perioperatória.

Conscientes de que como investigadores teremos ainda um longo caminho a percorrer, sentimos estas limitações como momentos de aprendizagem para projetos futuros.

## **4. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO**

Dar a conhecer a realidade onde se efetuou o estágio pode não ser necessário, no entanto, ao fazê-lo permite-nos dar uma visão global das suas características e compreender a influência que as mesmas tiveram nas nossas experiências de aprendizagem clínica.

### **4.1 Estágio em contexto de prática clínica**

O estágio decorreu em contexto de prática clínica em ambiente perioperatório sendo orientado por um enfermeiro perito em enfermagem perioperatória e apoiado pela supervisão de um docente.

Para a sua concretização foram desenvolvidos objetivos que nos foram apresentados em sala de aula e que passamos a citar:

- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória.
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória.
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

O estágio realizou-se num bloco operatório de um centro hospitalar do distrito de Lisboa, como já foi referido anteriormente, no período de 11 de março a 5 de julho num total de 236 horas.

Este bloco operatório apresenta como objetivo a prestação de cuidados que visam restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do cliente no período perioperatório.

A missão que abraça dirige-se à prestação de cuidados de saúde diferenciados a clientes cirúrgicos, urgentes ou programados, de todos os serviços deste centro hospitalar. Este serviço dá ainda apoio à realização de tratamentos e exames que exijam cuidados onde a assepsia seja rigorosa assim como, o suporte e apoio do serviço de anestesia quando necessário.

Este serviço abrange três valências cirúrgicas que dão resposta à cirurgia programada e à cirurgia urgente/emergente, para um total de quatro salas operatórias. Cada uma das salas destina-se prioritária, mas não exclusivamente, a determinada especialidade cirúrgica ou técnica.

Para a cirurgia programa as dotações seguras são as recomendadas, enquanto a cirurgia de urgência conta apenas com dois elementos de enfermagem.

Embora as Dotações Seguras em Ambiente Perioperatório presentes nas práticas recomendadas da AESOP, refiram na Recomendação II - Alocação de enfermeiros perioperatórios na sala de operações em cirurgia eletiva ou de urgência, que o número de enfermeiros está relacionado com critérios de complexidade, tal não se verifica neste contexto. Este fato traduz-se numa dificuldade, manifestada pela equipa de enfermagem, para a realização de procedimentos, constituindo os mesmos eventos adversos, que poderão comprometer a segurança do cliente. Associado a este problema encontra-se a falta de coesão e estruturação do *Handover* no momento em que o cliente chega a este serviço.

A visita pré-operatória é realizada apenas aos clientes que estão propostos cirurgicamente para os tempos operatórios do período da manhã, na cirurgia programada, o que constitui mais uma adversidade para a equipa de enfermagem no acesso à informação relativa aos mesmos.

Ao realizar este estágio procuramos desenvolver e contextualizar na prática os domínios adquiridos ao longo do mestrado. Os conhecimentos adquiridos durante a frequência do mestrado permitiram-nos complementar informação e mobilizá-la para a prática de cuidados fundamentando as nossas ações contribuindo para um melhoramento dos mesmos. Poderíamos apresentar vários exemplos mas, o mais prático e cuja visibilidade se traduziu numa preocupação mais atenta foi o sentido e a forma como procedemos ao *Handover* do cliente no bloco operatório. Foi de fato um ponto-chave, que determinou uma alteração e um melhoramento significativo no cuidar perioperatório.

Para que a frequência deste estágio fosse mais enriquecedora consideramos e pertinente a frequência em dois congressos. O primeiro foi 2º Fórum Nacional de Bloco Operatório que decorreu nos dias 12 e 13 de abril, no Porto e o segundo relacionou-se com as Jornadas Covidien Medical Supplies - Complices en La Salud, em Madrid nos dias 7 e 8 de maio. Foram abordados, nestes dois eventos, temas relacionados com a segurança do

cliente, as vantagens da normalização de procedimentos e foi ainda abordada a comunicação como um fator importante na prevenção de eventos adversos.

## 4.2 Estágios de observação

Para percebermos se a problemática do nosso estudo é uma realidade vivida e sentida sentido em serviços de outros hospitais é importante realizar estágios de observação, noutros hospitais, de forma a poder recolher contributos para a investigação.

As duas Unidades de Saúde escolhidas por nós localizam-se em dois distritos a sul do Rio Tejo

O primeiro estágio de observação decorreu nos dias 23 e 24 de maio, com um total de 16 horas;

O segundo estágio de observação decorreu no dia 11 de junho, com o total de 8 horas.

Os principais objetivos prenderam-se com a intenção de:

- Conhecer a realidade de outros hospitais relativamente à forma como conduziam o *Handover*;
- Conhecer as orientações existentes para efetuar o *Handover*;
- Conhecer as dificuldades verbalizadas pelos enfermeiros destes hospitais, no momento em que efetuavam o *Handover*;
- Recolher dados sobre a forma como é efetuado o *Handover*.

Estas visitas foram muito pertinentes, pois permitiram-nos constatar que as dificuldades na realização do *Handover* são em tudo muito semelhantes.

Confirmámos que a comunicação durante este processo é considerada importante pelos enfermeiros. No entanto, pudemos constatar que existe a falta de um fio condutor, no que diz respeito ao conteúdo do *Handover* e que o mesmo depende de cada enfermeiro. Num dos hospitais, o *Handover* era apoiado por uma folha que fazia parte do processo clínico e que de uma forma descritiva e resumida permitia um *Handover* mais estruturado. Apesar da sua existência nem sempre era utilizada pelas enfermeiras dos serviços de internamento. No outro local de estágio, o *Handover* era realizado sem qualquer estruturação.

Estas visitas constituíram um marco importante para a realização deste estudo, pois vieram confirmar, tal como já tínhamos constatado no nosso local de estágio, que este

processo tem de ser efetuado de uma forma estruturada e coesa, para que a informação seja transmitida e percebida, garantindo a continuidade e segurança dos cuidados de enfermagem perioperatória.

### **4.3 Exposição fotográfica**

Ser enfermeiro perioperatório, significa para muitas pessoas, um profissional cujas competências técnicas se sobrepõem às competências relacionais. Para desmistificar esta ideia, foram realizadas três exposições fotográficas com as quais pretendemos, esclarecer e informar a população sobre a vida num bloco operatório. As exposições fotográficas tiveram lugar em três momentos diferentes. O primeiro, com o objetivo de participar na semana da saúde da região, o segundo para comemorar o dia Internacional do Enfermeiro e por último para dar a conhecer aos colaboradores e clientes do centro hospitalar, onde se realizou o estágio, o que se fazia no bloco operatório. As fotografias foram retiradas em ambiente perioperatório, procurando com as mesmas explicar as funções de uma equipa multidisciplinar assim como, e principalmente, mostrar a humanização dos cuidados por nós prestados. Foram efetuados esclarecimentos e recolhidas opiniões sobre a imagem que a população tem dos enfermeiros perioperatórios.

A comunidade local foi convidada a entrar numa visita guiada pela exposição onde a primeira fotografia aludia às boas vindas. Os visitantes eram acompanhados por um elemento da equipa de enfermagem perioperatória. Entravam no bloco operatório pela porta do transfer, representada numa das primeiras fotografias e, a partir daqui, seguia connosco o percurso normal de um cliente cirúrgico, no dia da sua cirurgia.

Estas exposições fotográficas tiveram muito sucesso junto da comunidade. A surpresa deu lugar à curiosidade e muitos foram os indivíduos que connosco partilharam as suas preocupações, as suas dificuldades e as suas experiências.

O simples fato de reportar em fotografia o dia-a-dia de um serviço ao qual muitos associam a dor, a doença, o medo do sono induzido, ajudou a desmaterializar e a desmistificar o que para nós, enfermeiros perioperatórios, se traduz na simples execução de atividades, com o objetivo de promover segurança e o bem-estar do cliente.

Apresentamos algumas fotografias que fizeram parte dessas mesmas exposições.



Figura 3 - Fotografia colocada à entrada da exposição, dando as boas vindas à população que a visitava.



Figura 4 - Mãos que cuidam de si...



Figura 5 - A tecnologia ao seu serviço.



Figura 6 - Esclarecimento à população.



Esta atividade permitiu-nos realizar sessões de esclarecimento junto dos indivíduos, famílias e comunidade, promovendo ensinamentos sobre a importância do jejum no

dia da cirurgia, esclarecer que o jejum não se refere apenas aos alimentos sólidos. Alertou-se ainda para a importância de uma higiene corporal cuidada em particular no dia da cirurgia, estes foram alguns dos temas debatidos. Muitas foram também as pessoas que nos pediram algumas orientações e ajuda relativas às suas condições de saúde.

Esta atividade revelou a necessidade da população em aceder a simples informações que certamente ajudarão num eventual momento de transição de uma situação de saúde doença.

A organização e participação nestes eventos permitiram-nos adequar os conhecimentos e experiências a situações novas, as quais não fazendo parte do dia-a-dia do enfermeiro perioperatório, constituíram ações promotoras de educação para a saúde no período pré-operatório.

Foi um momento de aprendizagem e de contributos que marcou a nossa vida enquanto enfermeiros perioperatórios.

#### **4.4 Linguagem corporal e microexpressões**

Outra atividade que foi extremamente enriquecedora e que constituirá certamente uma área a desenvolver por mim futuramente, foi a frequência de um workshop sobre “ O Poder da Linguagem Corporal. Fique a conhecer as “chaves” que Descodificam o Comportamento Humano!”, realizado por António Sacavém, Especialista em Linguagem Corporal, Fundador das marcas registadas - Microexpressões Faciais e Linguagem Corporal e Licensed Partner do Center for Body Language International cujos fundadores são Patryk & Kasia Wezowski. Outra atividade foi a realização de um e-Curso de Linguagem Corporal. O primeiro com a duração de duas horas no dia 21 de junho com o título “Os segredos da linguagem corporal”. O segundo decorreu no período de 21 de junho a 9 de setembro com um total de 8 sessões, onde foram abordados temas diferentes, como:

- A introdução ao aperto de mão;
- Como pode saber o que alguém pensa de si;
- Falar com as mãos;
- Como pode ver as emoções no rosto

O e-curso apresentava como objetivos:

- Aprender a interpretar um conjunto diversificado de gestos e posturas corporais;
- Contextualizar a linguagem corporal;
- Descodificar o que as pessoas pensam, sentem e as suas intenções.

A pertinência desta área prende-se com o fato de que todos nós, somos seres comunicantes e somo-lo desde o momento da nossa concepção. Podemos considerar a comunicação como uma “actividade humana básica, sendo a necessidade de comunicar inata e universal”, (Castro, 2007).

A comunicação está

na pessoa, a comunicação está também omnipresente: Na maneira como ela pousa o olhar, na expressão da sua face, na sua postura, nos seus gestos, nas suas palavras, nas suas roupas, na sua conduta, na sua maneira de se ocupar do seu ambiente imediato e mesmo no seu silêncio (Phaneuf, 2005, p. 26).

Na enfermagem a comunicação faz-se de forma bidirecional é “ aquela que permite ter acesso ao outro para o compreender.”, (Castro, 2007). Seguindo esta linha de pensamento, podemos dizer que a comunicação “pressupõe a informação e o domínio sobre o que queremos comunicar, a nossa intenção, emoção e o que pretendemos quando nos aproximamos do nosso cliente.”, (Silva, 2002).

Quando nos aproximamos do cliente, instintivamente a primeira reação é olharmo-nos nos olhos, é o contato visual. Quando conhecemos alguém, o nosso primeiro instinto será olhar para o rosto. Um rápido olhar para o rosto da pessoa que se aproxima, dá uma visão intuitiva sobre se essa pessoa constitui uma ameaça ou não.

Os primeiros 4 segundos permitem criar uma impressão de alguém, porque esse primeiro contato não-verbal acontece antes de começar a falar.<sup>40</sup> Desta forma, é “impossível não se comunicar, qualquer comportamento significa comunicação.”, Castro (2007), citando Watzlawick (1991).

O objetivo destas formações, foi desenvolver e melhorar a comunicação, dar mais atenção à postura corporal e aos primeiros minutos de contato com o cliente e com o enfermeiro do serviço de proveniência do mesmo. Quando a porta da zona de transfer se abre os olhares cruzam-se à procura de informações, muitas vezes reveladoras de

---

<sup>40</sup> “So if you meet someone, your first instinct will be to look at their face. This would result in providing you with the information, whether you know this person, whether that person is friendly or whether you like this person. You have 4 seconds to make a good first impression on someone because this first non-verbal contact happens before they start to speak.” (Wezowski, 2012, p.14).

informações importantes para o estabelecimento de uma interação saudável. Podemos afirmar que os “olhos são o espelho da alma, são também o veículo comunicativo por onde passam todos os sentimentos e emoções muitas vezes difícil de esconder”, (Esteves, 2013).

Olhar hoje para o Outro tem um significado diferente, tronou-se num treino diário. No entanto, este treino despoleta sentimentos de algum constrangimento pois, inconscientemente procuramos sinais e evidências na forma como os outros se nos apresentam, com a intenção de aferir os níveis de congruência entre o que nos está a ser dito e o que as expressões faciais evidenciam.

## **5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

Este mestrado, tal como nos é proposto no Guia do Curso do 3º semestre visa “proporcionar conhecimentos e espaços de reflexão, análise e prática clínica, promotores do desenvolvimento e suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados nas pessoas submetidas a cirurgia nas diversas fases (pré, intra e pós-operatório)”.

O caminho percorrido ao longo deste mestrado e os momentos de reflexão e conhecimento permitiram atingir as competências de mestre que em seguida são apresentadas.

*a) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.*

Ao produzir conhecimento estamos claramente a contribuir a passos largos para a evolução da profissão de Enfermagem, pois o principal objetivo da investigação em enfermagem é “melhorar os resultados de saúde através do avanço nos conhecimentos e prática de enfermagem e em fornecer informações para as políticas de saúde.”, Ordem dos Enfermeiros (2009). Reconhece-se ainda a importância da investigação para o

desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social. (Martins, 2008, p. 63).

Para a concretização desta competência consideramos importante o desenvolvimento deste relatório de projeto. A sua concretização levou-nos ao desenvolvimento de um espírito de investigação onde a capacidade de pesquisa, análise e avaliação de artigos contribuiu para a aquisição de conhecimentos nas áreas da investigação e da enfermagem perioperatória. Em particular, na área que constitui o foco da nossa atenção: o *Handover* e a segurança do cliente.

*b) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*

A aplicação de conhecimentos gerados durante a frequência do estágio e a realização do respetivo relatório permitem que o conhecimento adquirido pela investigação seja “ utilizado para promover uma prática baseada na evidência, melhorará a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.” Ordem dos Enfermeiros (2006). Desta forma, capacitamo-nos de um conhecimento essencial à compreensão e resolução de problemas em situações novas, que não nos são familiares. A utilização do novo conhecimento permitir-nos-á fundamentar as “decisões, acções e interacções”, (Polit et al., 2004).

O conhecimento produzido conduziu-nos a mudanças de comportamentos que promoveram a melhoria da prática clínica, relativamente ao *Handover* e à sua estruturação. A falta de estruturação do processo de *Handover* constituiu um problema vivenciado e verbalizado na prática diária dos cuidados de enfermagem perioperatória, conduzindo a momentos de discussão por parte da equipa. Estes momentos trouxeram contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem perioperatória em particular ao momento em que se procede ao *Handover* do cliente cirúrgico, no bloco operatório.

*c) Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.*

Recorrentemente os enfermeiros confrontam-se na sua prática diária com “dilemas éticos e com a necessidade de tomar decisões complexas, baseadas nos princípios e valores éticos.”, (Guedes, 2012). Espera-se com esta competência uma atuação que vise o desenvolvimento de uma prática responsável, em que as tomadas de decisão são baseadas nos princípios éticos e deontológicos, procurando promover os Direitos Humanos e a dignidade da pessoa que temos ao nosso cuidado, de acordo com os princípios gerais do Código Deontológico dos Enfermeiros. No mesmo vem expresso no Artigo 78.º, alínea 3

que “São princípios orientadores da actividade dos enfermeiros: b) O respeito pelo Direitos humanos na relação com os clientes”.

É importante refletirmos que enquanto investigadores o alvo da nossa atuação é o “Homem e as suas respostas às situações de saúde/doença”, (Martins, 2008). Assim sendo, devemos desenvolver um juízo crítico e uma consciência ética no desenvolvimento da investigação que “deve suscitar em nós o interesse pelas questões éticas, advindas da necessidade de criar regras para regulamentar e controlar a investigação com seres humanos. E se dessas regras surgem limitações, estas devem ser vistas como uma efectiva protecção da pessoa e não como um entrave ao desenvolvimento científico, uma vez que este só é pertinente quando ao serviço do Homem e sempre garantindo o pleno respeito pela sua dignidade.”, (Idem).

*d) Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*

Quando se inicia uma investigação, tem-se a noção que a mesma constituirá objeto de comunicação e divulgação. A divulgação das conclusões e dos achados da investigação podem e devem ser facultados a todos os que estiveram envolvidos no projeto. Pretende-se assim desencadear um processo de contágio que permita a estes intervenientes, uma aquisição de conhecimentos, sendo também eles agentes de mudança.

Para que esta competência fosse adquirida foram importantes as conversas informais que se estabeleceram com os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência do centro hospitalar, onde foi realizado o estágio. De uma forma geral, todos os intervenientes referiram as mesmas preocupações referentes ao momento de *Handover* do cliente cirúrgico, concorrendo as mesmas com o problema levantado pelos investigadores deste trabalho.

*e) Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

Para a aquisição desta competência consideramos importante a realização dos estágios de observação, que são sempre enriquecedores do ponto de vista pessoal e profissional. Durante estas visitas foram realizadas algumas notas referentes à prática do *Handover* que permitiram verificar que os mesmos são destruturados e que a informação transmitida varia de acordo com cada enfermeiro.

Um momento de aprendizagem que consideramos importante e que constituiu um ponto de viragem em todo o processo de investigação, por nós realizado, foi a realização da revisão integrativa de literatura. Esta constituiu um processo de construção de conhecimento em enfermagem perioperatória, que transformou o conhecimento em contributos para a prática clínica e todas as nossas intervenções com um objetivo concreto de melhorar e promover a segurança, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde ao cliente cirúrgico.

Os ganhos académicos, profissionais e pessoais foram tão importantes ao nível das vivências e experiências, que influenciaram a nossa forma de ver, estar e sentir o cuidar da enfermagem perioperatória, na nossa prática clínica, na nossa aprendizagem e vivência para a vida.

Os momentos de aprendizagem que vão pautando a nossa vida, são por si só momentos que nos conduzem a um crescimento, a um contínuo de aprendizagem e a uma participação ativa nos vários contextos em que nos inserimos. Seremos agentes ativos, fazendo uso do conhecimento produzido e considerando-o como agente propulsor de mudanças e de paradigmas.

Outra atividade de relevo, que consideramos importante para a concretização desta competência foram as exposições fotográficas, realizadas pela equipa de enfermagem perioperatória do hospital onde decorreu o estágio. O tema desta exposição foi “Somos uma Equipa Multidisciplinar que Cuida de Si”.

Por último, a frequência de um *workshop* sobre Postura Corporal. Quando desempenhamos as nossas atividades, tomamos decisões e agimos de forma autónoma, fazendo uso do conhecimento, da experiência e da nossa capacidade de nos relacionarmos com os outros. Quando nos relacionamos, para nos fazermos entender, temos de comunicar, e comunicar é fazer uso da palavra mas, também da linguagem que emanamos com o nosso corpo. Esta última faz com que seja “impossível não comunicar. A linguagem do corpo fala por nós, e mesmo quando não nos queremos revelar, ela trai-nos.”, (Phaneuf, 2005).



Todas estas atividades, vividas com intensidade e contribuíram para melhorar as competências ao nível das tomadas de decisão, relacionamento e construção interior.

## 6. CONCLUSÃO

Com o final deste trabalho foram atingidos objetivos pessoais e profissionais. Os objetivos pessoais, prenderam-se com momentos de reflexão, introspeção, vivências e crescimento interior. Os profissionais, conduziram-nos a uma melhoria da nossa prática clínica, transformando-se consequentemente num maior valor no cuidado perioperatório e segurança do cliente cirúrgico. As dificuldades, poder-se-ia dizer que foram muitas mas, sem elas o trabalho não teria sido tão empolgante e motivador, foram elas que tornaram exequível o mesmo. Prova do que acabamos de dizer é o fato de nos encontrarmos a redigir a conclusão.

Este é um trabalho que está longe de se encontrar concluído, constituirá certamente um reconhecimento para a investigação da Enfermagem em Portugal e da Enfermagem Perioperatória em particular.

O *Handover* como podemos verificar ao longo do trabalho é considerado um momento chave na admissão e transferência de cuidados entre diferentes prestadores de cuidados. O motivo que nos impulsionou para o estudo foi de que, apesar de ser tão ancestral quanto a enfermagem, o *Handover* constitui atualmente um importante acontecimento no aparecimento de eventos adversos. Muitas são as razões para que os mesmos surjam mas, as principais foram aqui apresentadas e prendem-se fundamentalmente com a falta de estruturação, e a existência de diferentes níveis de informação.

Considerando o *Handover* um momento importante para a prática clínica da enfermagem perioperatória e um momento de transição entre cliente e profissionais de saúde e estes últimos entre si. Foi importante contextualizar a prática apoiada numa teoria.

A teoria que suportou este trabalho foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria das transições faz referência a acontecimentos previsíveis ou não, face a um qualquer evento de vida, em que o ser humano reage no sentido de adaptar e adotar estratégias que permitam vivenciar a mudança de forma a atingir um novo estado de equilíbrio, segurança e estabilidade. É uma teoria que pode ser revista em qualquer contexto profissional, pessoal, organizacional e em situações de saúde/doença.

Meleis, com a sua teoria permitiu-nos compreender que o período de *Handover* é uma fonte rica em transições e que as, mesmas constituem momentos de ansiedade, medo do desconhecido e uma adaptação a uma realidade que não tardará a chegar. Dela fazem parte os clientes e os enfermeiros, onde cada um vivência formas distintas de transição, que exigem o apoio e conhecimento da situação. Os clientes precisam de se sentir apoiados e informados quanto à sua situação de saúde/doença para poderem tomar decisões esclarecidas. Os enfermeiros, quando participam no processo de *Handover*, também experimentam transições, ao nível do cuidar. Isto prende-se com o fato, de que cada cliente tem a sua particularidade, para a qual o cuidar tem de ser adequado. Ao tomar conta das informações transmitidas durante o *Handover*, toma conhecimento e integra o seu saber para de uma forma holística, proporcionar um cuidado dirigido e seguro.

Perante este conjunto de asserções, tornou-se importante traçar um caminho que nos conduzisse ao amago da questão, o desenvolvimento deste projeto. A sua realização permitiu-nos mobilizar e integrar conhecimentos, através da realização dos estágios e do desenvolvimento desta investigação.

Os estágios realizados contribuíram de forma significativa para a compreensão da dificuldade manifestada e sentida em relação à estruturação do processo de *Handover*. Esta realidade, reveladora da necessidade de uma intervenção, conduziu-nos à criação de instrumento que validasse a informação e contribuísse para a redução dos eventos adversos. Surgiu assim, a ideia de uma *checklist*, onde os tópicos apresentados permitem assegurar e promover um *Handover* eficaz e seguro, possibilitando a continuidade dos cuidados de enfermagem, em particular da enfermagem perioperatória e promovendo um ambiente seguro para todos os intervenientes.

A leitura e consulta de artigos sobre o SBAR e seus componentes e sobre *checklist* permitiram-nos elaborar um protótipo de Instrumento Orientador “SHAR” para o *Handover* do cliente cirúrgico no momento da sua admissão em bloco operatório. (Apêndice III). Para o seu desenho foi importante seguir orientações apresentadas em alguns documentos consultados.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Amato-Vealy, E.J., Barba, M.P., Vealy, R. (2008). Hand-off Communication: A Requisite for Perioperative Patient Safety.

Andreoli, A., Fancott, C., Velji, K., Baker, GR., Solway, S., Aimone, E., Tardif, G. (2010 september). Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-Professional Rehabilitation Teams

Porteous, J.; Wynne, E., Connolly, M. & Crommelin, P. (2009). iSoBAr – A Concept and Handover Checklist: the National Clinical Handover Initiative.

Sendo este um projeto que se propõe para a obtenção do grau de Mestre, cabe-nos referir que as competências traçadas foram atingidas e permitiram uma reflexão crítica e genuína das mesmas.

A Revisão Integrativa de Literatura conduziu a uma análise exaustiva dos artigos considerados importantes para o estudo. Esta análise permitiu-nos, juntamente com os resultados apresentados baseados na aplicação do nosso instrumento de colheita de dados, criar um Instrumento Orientador, que como o próprio nome indica, permitirá orientar e estruturar a informação a transmitir no processo de *Handover*, no momento em que se realiza a admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório.

Os três objetivos traçados para a realização deste relatório, foram alcançados e permitiram dar a conhecer o caminho percorrido e as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de mestre na área da Enfermagem Perioperatória.

- O primeiro objetivo - Dar a conhecer o caminho percorrido para o desenvolvimento de competências de mestre na área da Enfermagem Perioperatória, A concretização deste objetivo, passou pela realização de todas as atividades realizadas no âmbito da investigação, do estágio e da conceção do relatório.
- O segundo objetivo - Descrever as competências de mestre, adquiridas e desenvolvidas no âmbito da Enfermagem Perioperatória. Para alcançar este objetivo foi importante participar ativamente em todas as atividades desenvolvidas para que as mesmas constituíssem momentos de aprendizagem para a vida pessoal e profissional.
- O terceiro objetivo - Permitir a análise e discussão, do trabalho desenvolvido, para a obtenção do grau de Mestre. Este objetivo prende-se com a realização do estágio, com todos os momentos de aprendizagem durante o período que levou à concretização desta investigação e por último à redação deste relatório.

Consideramos que a concretização deste relatório nos proporcionou momentos de reflexão, de procura, de indagação, de construção de pensamentos e ideias que nos deram uma visão diferente do estado da investigação e da enfermagem perioperatória em particular.

A ligação que se estabeleceu entre o ensino teórico e a prática clínica permitiu-nos desenvolver competências e capacidades para a resolução de problemas reais, vividos em contexto profissional.

Para nós, autores, este relatório, constitui uma transição saudável, pois a sensação de bem-estar é segundo Meleis, um indicador de resultado no domínio dos padrões de resposta.

Esperamos que este relatório seja em si uma mudança, um processo de transição, que permita a compreensão e a necessidade de agir, face aos momentos em que o enfermeiro perioperatório procede ao *Handover* do cliente cirúrgico, fazendo uso do SHAR.

Em nota conclusiva consideramos que o esforço e dedicação que todos demonstrámos ao longo deste árduo caminho, foi sem dúvida uma conquista. É a prova de que sempre que os obstáculos surgiram a nossa persistência e dedicação saíram vencedoras.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Fernanda (2011). A Essência do Processo de Enfermagem. (Licenciatura). Disponível no RCAAP.
- Amato-Vealy, E.J., Barba, M.P., Vealy, R. (2008). Hand-off Communication: A Requisite for Perioperative Patient Safety. *AORN JOURNAL*, 88:5, 763-774. Acedido a 11-o7-2013. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(08\)00519-X/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(08)00519-X/fulltext)
- Andreoli, A., Fancott, C., Velji, K., Baker, GR., Solway, S., Aimone, E., Tardif, G. (2010 september). Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-Professional Rehabilitation Teams. *Healthcare Quarterly*. 13, 94-101. Acedido a 24-04-2013. Disponível em <http://www.longwoods.com/content/21973>.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da filosofia à Prática dos Cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações (2010). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório* (2ªed.). Lisboa.
- Azevedo, P. (2010). *Partilha de Informação de Enfermagem: Dimensões do Papel de Prestadores de Cuidados*. (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências Enfermagem). Disponível no RCAAP.
- Azevedo, P., Sousa, P. (2012). Partilha de Informação de Enfermagem: Dimensões do Papel de Prestadores de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7), 113-122.
- Baranano, A. (2004). *Métodos e técnicas de Investigação em Gestão – Manual de Apoio à realização de Trabalhos de Investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bell, J. (1993). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- Boaro, N., Fancott, C., Baker, R., Velji, K., Andreoli, A. (2010). Using SBAR to Improve Communication in Interprofessional Rehabilitation Teams. *Journal of Interprofessional Care*, 24(1), 111-114. DOI: 10.3109/13561820902881601.
- Cahill, J. (1998). Patient's Perceptions of Bedside Handovers. *Journal of Clinical Nursing*. 7(4), 351-359. Acedido a 15-o5-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.

- Calleja, P., Aitken, L., Cooke, M. (2011). Information transfer for multi-trauma patients on discharge from the emergency department: mixed-method narrative review. *Journal of Advance Nursing*. 67(1), 4-18. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2010.05494.x
- Cardoso, A., Pinto, P. (2002). Acolhimento do Doente no Hospital – Um Cuidado de Enfermagem. *Nursing*. 170, 11-13.
- Carneiro, A. (2010). O Erro Clínico, os Efeitos Adversos Terapêuticos e a segurança dos doentes: Uma análise baseada na Evidência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 3-10.
- Castro, C. (2007). *Percepção dos Enfermeiros sobre os Contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Dissertação de candidatura para a obtenção do grau de Mestre em Comunicação em Saúde). Disponível no RCAAP.
- Catchpole, K., Deleval, M., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M., Mc Quillan, A. & Goldman, A. (2007). Patient Handover from Surgery to Intensive Care: Using Formula 1 Pit-Stop and Aviation Models to Improve Safety and Quality. *Pediatric Anesthesia*, 17(5), 470-478. **DOI:** 10.1111/j.1460-9592.2006.02239.x
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Connell, B., MacDonald, K., Cherene, K. (2008). Nursing Handover: It's Time for a Change. *Contemporary Nurse: A Journal of the Australian Nursing Profession*, 30(1), 2-11. Acedido a 15-05-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.
- Crossetti, M. (2012). Revisão Integrativa de Pesquisa na Enfermagem o Rigor Científico que lhe é Exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 8-9. Acedido a 14-07-2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850008&idp=1&cid=787832>.
- Davies, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of Advanced Nursing*, 5(6), 658-671. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2005.03637.x.
- Diana, J., Johnson, M., Nicholls, D. (2012). Comparing Written and Oral Approaches to Clinical reporting in Nursing. *Contemporary Nurse: A Journal of the Australian Nursing Profession*, 42(1), 129-138. **DOI:** 10.5172/conu.2012.42.1.129.
- Dicionário Escolar de Inglês-Português/Português-Inglês* (2011). Porto Editora: Porto.

- Esteves, A. (2013). *A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Ferreira, A. (2010). *O Cuidar de Si Como Pessoa. Como Fazem os Enfermeiros Perioperatórios?* (Dissertação de Mestrado). Disponível em RCAAP.
- Fernandes, M. (2011). *Ir Mais Além das Competências Técnico-Científicas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências de Saúde Universidade - Católica Portuguesa, Porto.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Fragata, J. (2006). *Risco Clínico- Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Fragata, J., Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina – Prespectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Galliers, J., Wilson, S., Randell, R., & Woodward, P. (2011). Safe use of symbols in handover documentation for medical teams. *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 499-506.  
**DOI:**10.1080/0144929X.2011.582147
- Galvão, C. (2009). Estratégias para a Segurança do Paciente Cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 882-883. Acedido a 14-07-2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850008&idp=1&cid=787832>.
- Gawande, A. (2009). *O Efeito Checklist – Como Aumentar a Eficácia*. Alfragide: Lua de Papel.
- Gomes, N. (2009). *O Doente Cirúrgico no Período Pré-operatório: Da informação Recebida às Necessidades Expressas*. (Dissertação Mestrado em Ciências de Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Guedes, A. (2012). *A Excelência do Exercício Profissional – Aquisição de Competências*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências de Saúde – Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Lúcio, G. (2013). *Relatório de Mestrado: Trabalho Projeto*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- IM, EO. (2011). Transitions Theory: A Trajectory of Theoretical Development in Nursing. *Nursing Outlook*, 59(5), 278-285. **DOI:** 10.1016/j.outlook.2011.03.008.



- INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE. (2013). Guia do de Curso de 3º Semestre. Mestrado em Enfermagem Perioperatória. Acessível na Escola Superior de Saúde de Setúbal, Portugal.
- INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL/ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE. (2013). Fundamentos, Enquadramento e Roteiro Normativo do Trabalho de Mestrado (Relatório de Estágio). Acessível na Escola Superior de Setúbal, Portugal.
- Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. (2012). Comparing Written and Oral Approaches to Clinical Reporting in Nursing. *Contemporary Nurse: A Journal of the Austrlian Nurse Profession*, 42(1), 129-138. Acedido a 15-05-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.
- Jonhson, J., Barach, P. (2009). Patient Care Handovers: What will it Take to Ensure Quality and Safety During Times of Transition. *The Medical Journal of Australia*, 190(11), 110-111. Acedido a 24-04-2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485869>.
- Johnson, M., Jefferies, D. & Nicholls, D. (2012). Developing a Minimum Data Set for Electronic Nursing Handover. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 331-343. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x
- Johnson, M., Cowin, L. (2013). Nurses Discuss Bedside Handover and Using Written Handover Sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 121-129. DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01438.
- Kaiser Permanente (2004)
- Kralik, D., Visentin, K., & Loon, A. (2006). Integrative Literature Review and Meta-Analyses – Transition: a Literature Review. *Journal of Advance Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Lima, S.S. (2011). *Sistemas de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente*. (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Lucas, H.P. (Maio 2010). Comunicação Interdisciplinar em Saúde: Importância e Desafios. *Nursing*, 8-14.
- Magalhães, S.C.R. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade Face ao Evento Hospitalização da Criança*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Manley, K., Bellman, L. (2003). *Enfermagem Cirúrgica – Prática Avançada*. Loures: Lusociência.

- Malaquias, L.R. (2004). *Os enfermeiros e a comunicação: Análise da Informação Oral e Escrita sobre os Cuidados*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Marinho, O. L. (2011). A Humanização e a Arte de Cuidar: A Visão do Enfermeiro sobre Humanização no processo de Cuidar. *Nursing*, 19-27.
- Martins, José (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. *Revista Pensar Enfermagem*, 12(2), 62-66.
- Matic, J., Davidson, P.M. & Salamonson, Y. (2010). Review: Bringing patient safety to the forefront through structured computerization during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 184-189. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2010.03242.x.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing – Development & Progress*. (5<sup>th</sup> ed.) Pennsylvania: Wolters Kluwer – Pippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Eun, E. Messias, D., Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Scienc*, 23(1), 12-28. Acedido a 12-07-2013.  
Disponível em <http://web.ebscohost.com>.
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.  
**DOI:** 10.1590/S0104-07072008000400018.
- Monroe, M. (2006). SBAR: A Structured Human Factors Communication Technique. *Healthcare Practice Specialty Newsletter*, 5(3). Acedido a 21-08- 2013.  
Disponível em [http://www.asse.org/practicespecialties/healthcare/docs/HealthBeat\\_Newsletter\\_Spring2006%20for%20Web.pdf](http://www.asse.org/practicespecialties/healthcare/docs/HealthBeat_Newsletter_Spring2006%20for%20Web.pdf).
- Mota, L., Rodrigues, L., Pereira, I. (2011). A Transição no Transplante Hepático: Um Estudo Caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 19-26. **DOI:** 10.12707/RIII1102.
- National Patient Safety Agency (2004). Seven Setps to Patient Safety a Guide for NHS Staff. London. Acedido a 13-07-2013. Disponível em <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=59970>.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a Atender nos Trabalhos de Investigação Académica de Enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS/IPS. Setúbal.

- Nunes, L. (2012). Navegando para o Futuro – Enfermagem Perioperatória: Desafios para a Viagem. *AESOP*. 13(37). 19-23.
- Oliveira, C. (1997). A consciência moral e o agir em enfermagem. *Servir*. 45(1). 16-20.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Segurança do cliente: Tomada de posição. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Disponível em  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
- Pereira, A.C.D. (2013). *Uniformização de Cuidados de Enfermagem ao Grande Queimado na Sala de Emergência*. (Dissertação de Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Pereira, F.M.S. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros – Estudo Empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados*. (Teses de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade do Porto, Porto.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinto, M.C.G. (2009). *As Vivências Experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas: Conhecer e Compreender para Cuidar*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2001). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: ARTMED EDITORA S.A.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. São Paulo: ARTMED EDITORA S.A.

- Pombo, D. (2012). *A Via Subcutânea para Hidratação e Administração de Terapêutica na Pessoa com Patologia Crónica e/ou Paliativa*. (Dissertação Mestrado). Disponível no RCAAP.
- Porteous, J.; Wynne, E., Connolly, M. & Crommelin, P. (2009). iSoBAr – A Concept and Handover Checklist: the National Clinical Handover Initiative. *The Medical Journal of Australia*, 190(11), 152-156. Acedido a 21-07- 2013. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19485867>.
- Queiroz, A.A., Meireles, M.A., & Cunha, S.R. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ricardo, D. (2012). *A Cultura de Segurança do Doente em Alunos do 4º Ano dos Cursos de Tecnologias da Saúde*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Nova – Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.
- Rodrigues, M. (2004). (In) Existência de Continuidade de Cuidados ao Doente Cirúrgico entre serviços. *AESOP*. 5(15), 13-24.
- Ruivo, Ferrito e Nunes, (2010). Metodologia Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37.
- Sales, A.S.G. (2008). *Espelho Meu... Espelhos Meu - Representação Social da Imagem do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Lisboa.
- Schumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.  
**DOI:** 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standart*, 24(20), 35-39. Acedido a 22-04-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.
- Silva, M. (2002). O Papel da Comunicação na Humanização da Atenção à Saúde. *Revista Bioética*, 10(2), 73-88. Acedido a 29-08-2013. Disponível em [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/215](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/215). ISSN 1983-8034.
- Silva, M.S.N.S. (2011). *O Acesso aos Cuidados de Enfermagem Após a Alta Hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como Desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23.
- Sousa, P. (2006). Patient Safety- A Necessidade de uma Estratégia Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 309:316.
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O que é e como Fazer? *Journal Eisntei*, 8(1), 102-106. Acedido a 14-07-2013. Disponível em <http://apps.einstein.br/revista/en/index.asp>. ISSN 16794508.
- Street, M., Eustace, P., Livingston, P., Craike, M., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 133-140. **DOI:** 10.1111/j1440-172X.2011.01918.x.
- Taylor, C., Lillis, C. & Lemone, P. (2007). *Fundamentos de Enfermagem – A arte e a ciência do cuidado de enfermagem*. Porto Alegre: ArtMed (R) Editora S.A.
- Tomey, A., Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (Apontamentos). Professora Madalena Cabrita. IPS – ESS, 2011.
- UNIDADE CURRICULAR DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (Apontamentos). Professora Mónica Pereira. IPS – ESS, 2011.
- UNIDADE CURRICULAR FILOSOFIA E BASES TEÓRICAS DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (Apontamentos). Professor Sérgio Deodato. IPS – ESS, 2010.
- Ursi, E. (2005). *Prevenção de Lesões de Pele no Perioperatório: Revisão Integrativa da Literatura*. (Dissertação de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.
- Uva, A., Sousa, P., Serranheiro, F. (2010). A Segurança do Doente para além do Erro Médico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 1-2.
- Valido, S. (2011). *Checklist Cirúrgica: Contributo para uma Intervenção na Área da Segurança do Doente*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.
- Verdaasdonk, Stassen, Widhiasmara & Dankelman (2009) – Requirements for the design and implementation of checklists for surgical processes”. *Journal of Surgical Endoscopy*, 23(4), 715-726. **DOI:** 10.1007/s00464-008-0044-4.

- Vieira, J. (2002). Triage de Enfermagem na Urgência Geral de Adultos. *Sinais Vitais*, 42, 33-35.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Wezowski, K., Wezowski, P. (2012). *The Micro Expressions Book for Business*. Bélgica: New Vision.
- Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana*, 7(3), 25-32. Acedido a 27-08-2013. Disponível em <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>.

Consultas eletrónicas:

- [http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=3440:influencia-da-visita-pre-operatoria-no-controlo-da-ansiedade-pre-operatoria&catid=189). Acedido em 12-07-2013.
- <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>. Acedido em 13-07-2013.
- [http://ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer\\_CE\\_CJ\\_%203\\_2012.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_CE_CJ_%203_2012.pdf). Acedido em 01-08-2013
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>. Acedido em 01-08-2013
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. Acedido em 01-08-2013.
- [http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd\\_igf/bd\\_legis\\_geral/Leg\\_geral\\_docs/DL\\_437\\_91.htm](http://www.igf.minfinancas.pt/inflegal/bd_igf/bd_legis_geral/Leg_geral_docs/DL_437_91.htm). Acedido em 01-08-2013.
- <http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/handover>. Acedido em 20-08-2013.
- <http://www.apastyle.org/apa-style-help.aspx>. Acedido em 28-12-2013.
- [http://writing.wisc.edu/Handbook/American\\_Psychological\\_Association\\_\(APA\)\\_Documentation\\_M.pdf](http://writing.wisc.edu/Handbook/American_Psychological_Association_(APA)_Documentation_M.pdf). Acedido em 28-12-2013.
- <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-16dqsdcqco-de-22062010.aspx>

## **8. APÊNDICES**

## **8.1 Apêndice I – Autorização para utilização do SBAR**



## Madalena Pires

---

**De:** Andreoli, Angie [Angie.Andreoli@uhn.ca]  
**Enviado:** quarta-feira, 22 de janeiro de 2014 02:53  
**Para:** Madalena Pires  
**Assunto:** RE: Your article "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams"

Thank you Madalena - all the very best to you!

Angie Andreoli, BSc(PT), MSc  
Physiotherapist and Research Coordinator Toronto Rehab 550 University Avenue Rm. 5-131  
Toronto, ON M5G 2A2  
(416) 597-3422 x 3984

---

**From:** Madalena Pires [mteixeirapires@sapo.pt]  
**Sent:** Tuesday, January 21, 2014 2:11 PM  
**To:** Andreoli, Angie  
**Subject:** RE: Your article "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams"

Hello Angie,

The SBAR is an excellent tool for our work on the operating room, it permit to avoid some adverse events.

Thank you very much for your permission to use the SBAR tool.

I will do the acknowledge as you request.

Regards,

Madalena

-----Mensagem original-----

**De:** Andreoli, Angie [mailto:Angie.Andreoli@uhn.ca]  
**Enviada:** sexta-feira, 17 de janeiro de 2014 03:12  
**Para:** Madalena Pires  
**Assunto:** RE: Your article "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams"

Hello Madalena,

Thank you for your interest in our SBAR work. The adapted SBAR tool continues to gain a lot of traction both locally and globally, and I am continually impressed by the interest of organizations and other researchers.

We are happy to give you permission to use the tool, as presented in Health Care Quarterly, and adapte to your local setting and context. We do ask that you acknowledge the work of "Toronto Rehab - University Health Network", in addition to referencing the article.

All the best in your Master's work - it sounds terrific!

Angie

Angie Andreoli, BSc(PT), MSc  
Physiotherapist and Research Coordinator Toronto Rehab 550 University Avenue Rm. 5-131  
Toronto, ON M5G 2A2  
(416) 597-3422 x 3984

---

From: Madalena Pires [mteixeirapires@sapo.pt]  
Sent: Wednesday, January 08, 2014 6:13 PM  
To: Andreoli, Angie  
Subject: Your article "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams"

Hi!

My name is Madalena Pires, I'm a Portuguese perioperative nurse. I'm contacting you because I'm finishing my master's degree (1st Masters in Perioperative Nursing of Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal), about Client Handover to the Operating Room and I would like to have your permission to use the "Figure 1 - The adapted SBAR tool" enclosed in your article "Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Inter-professional Rehabilitation Teams", published on September 2010, VOL. 13, Healthcare Quarterly, as base for development of my SBAR tool.  
Hope to hear from you soon.  
Best regards,

Madalena Pires

This e-mail may contain confidential and/or privileged information for the sole use of the intended recipient.  
Any review or distribution by anyone other than the person for whom it was originally intended is strictly prohibited.  
If you have received this e-mail in error, please contact the sender and delete all copies.  
Opinions, conclusions or other information contained in this e-mail may not be that of the organization.

This e-mail may contain confidential and/or privileged information for the sole use of the intended recipient.  
Any review or distribution by anyone other than the person for whom it was originally intended is strictly prohibited.  
If you have received this e-mail in error, please contact the sender and delete all copies.  
Opinions, conclusions or other information contained in this e-mail may not be that of the organization.

## **8.2 Apêndice II - Cronograma de atividades**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES							
	Março 2013	Abril 2013	Maió 2013	Junho 2013	Julho 2013	Agosto 2013	Setembro 2013
Pesquisa Bibliográfica							
Elaboração de dossiers temáticos							
Reunião Informal com Enfermeira Responsável BO							
Reunião Informal com Enfermeira Orientadora							
Pedido de autorização à Direção de Enfermagem para realização do estudo Entrega de exemplar de Questionário e autorização							
Aplicação de questionário							
Reunião com Docente de Referência							
Reunião Informal com Enfermeira Diretora do Centro Hospitalar							
Diagnóstico de Situação: Identificação do problema;							
Elaboração Projeto de Intervenção							
Estágios de Observação			W	Y			
Elaboração de um Instrumento Orientador							
Elaboração de Poster							
Planeamento/Divulgação/Sessão formação/Avaliação							
Data de entrega do Projeto de Intervenção							

### **8.3 Apêndice III - Instrumento Orientador do *Handover***

## Logotipo da Unidade Saúde

S H I S T Ó R I A	S I T U A Ç Ã O	Identificação do cliente confirmada Pulseira de identificação colocada Procedimento cirúrgico e/ou invasivo e lateralidade Local cirúrgico marcado Termo de responsabilidade assinado Exames complementares de diagnóstico Análises de avaliação pré-operatória Processo clínico completo
	H I S T Ó R I A	Diagnóstico clínico Antecedentes pessoais relevantes Sinais vitais PA Pulso Respiração Temperatura Nível de dor Factores de risco acrescido (Alergias, Diabetes, HTA, etc.) Acesso venoso periférico / central Local/Calibre Data/hora Jejum pré-operatório Esvaziamento vesical Continente Incontinente Cateter vesical Proteses dentárias Ortoses Lentes de contacto ou óculos Piercings Outro tipo de implantes Protocolo terapêutico pré-operatório Administração de medicação pré-anestésica Administração de antibioterapia Hora
	A V A L I A Ç Ã O	Compreensão do procedimento cirúrgico Risco para o desenvolvimento de queda Risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão Espiritualidade do cliente
	R E C O M E N D A Ç Õ E S	Reserva de sangue confirmada Intervenções recomendadas por outros elementos da equipa Solicitações verbalizadas pelo cliente

## **8.4 Apêndice IV - Questionário**

## QUESTIONÁRIO

### "Handover - Transmissão de informação na admissão do utente cirúrgico no bloco operatório"

O meu nome é Madalena Pires encontro-me a fazer um estudo sobre Handover, este estudo surge no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória no Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, sob a orientação do Professor António Freitas. Encontro-me na fase de recolha de dados para dar consecução à pesquisa que me proponho realizar.

Os objetivos principais do estudo são:

- Conhecer como os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência procedem ao *Handover*;
- Conhecer qual a informação que os enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência, consideram ser relevante transmitir no momento do *Handover*.

A sua colaboração (para além de preciosa e imperativa para a continuidade deste estudo) consiste no preenchimento deste questionário (até dia 07 de Junho de 2013), cujo tempo despendido está estimado em cerca de 5 minutos. Os dados obtidos serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão sempre mantidos. É livre de abandonar a sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si.

Para eventuais duvidas ou esclarecimentos, contacte-me por mail: [mteixeirapires@sapo.pt](mailto:mteixeirapires@sapo.pt)

1. Número de anos de profissão

- a) Até 5
- b) Entre 5 a 10 anos
- c) Entre 10 a 20 anos
- d) Mais de 20 anos

2. A transmissão de informação é uma competência de enfermagem. Esta competência foi adquirida por si enquanto:

- a) Estudante
- b) Durante formação pós-graduada
- c) Profissional no início das suas funções.

3. Considera que momento de *Handover*, como momento de transmissão de informação, garante a continuidade dos cuidados.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

4. O enfermeiro que é o responsável pelos cuidados ao utente cirúrgico deve ser aquele que realiza o respetivo Handover no momento da sua admissão no bloco operatório:

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

5. Se respondeu "Concordo" ou "Concordo Totalmente", priorize os benefícios que considera importantes (classificando de 1 a 4, sendo 1 o máximo):

- \_\_\_ Promover a segurança do utente
- \_\_\_ Limitar os eventos adversos
- \_\_\_ Comunicação mais efetiva
- \_\_\_ Minimizar erros de interpretação

6. No momento de transferência de cuidados considera mais eficaz para a comunicação um espaço reservado à transmissão de informação relativa ao utente cirúrgico de forma a preservar a sua dignidade como pessoa.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

7. Ao realizar o Handover na admissão do utente no bloco operatório, fá-lo de forma, a que o utente oiça.

- a) Sim
- b) Não
- c) Às vezes (Justifique)

---

---

---



8. De uma forma geral de quanto tempo despende para realizar o *Handover* no momento de admissão do utente cirúrgico no bloco operatório.
- Menos de dois minutos
  - Entre dois a cinco minutos
  - Mais de cinco minutos
9. No momento em que comunica a informação relativa ao utente cirúrgico que tem ao seu cuidado ao enfermeiro do bloco operatório esta pode não ser compreendida da forma como pretendia. Existe m fatores que contribuem para que tal aconteça. Assinale aqueles com os quais já se deparou.
- Insatisfação no trabalho;
  - Ruídos na comunicação
  - Dificuldades na realização de tarefas por falta de tempo
  - Humor dos colegas
  - Falta de Diálogo
  - Ausência de espaço adequado
  - Presença de terceiros (família, outros técnicos)

10. Relativamente aos dados que são apresentados indique os dez que considera mais importantes para realizar o *Handover*.

- ☐ Jejum pré-operatório
- ☐ Nome pelo qual o utente gosta de ser chamado
- ☐ Processo clínico completo
- ☐ Termo de responsabilidade assinado
- ☐ Procedimento Cirúrgico e lateralidade
- ☐ Local cirúrgico marcado
- ☐ Identificação do utente confirmada
- ☐ Cuidados de higiene
- ☐ Próteses dentárias/ortóteses e roupa interior retiradas
- ☐ Reserva de sangue confirmada
- ☐ Esvaziamento vesical
- ☐ Exames Complementares de Diagnóstico (análises, ECG, radiografia e outros)
- ☐ Hora da administração de antibioterapia
- ☐ Terapêutica prescrita protocolada
- ☐ Fatores de risco acrescidos (alergias e patologias associadas)
- ☐ Parâmetros vitais
- ☐ Acesso venoso
- ☐ Espiritualidade da pessoa
- ☐ Risco para o desenvolvimento de úlcera de pressão

11. Um *Handover* ineficaz constitui um evento adverso para a prestação de cuidados seguros.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
---------------------	----------	------------------------------	----------	---------------------

12. Para gerir melhor a informação a transmitir no momento do *Handover* do utente cirúrgico no bloco operatório, escolha o método que considera mais seguro para evitar efeitos adversos. Escolha apenas uma opção.
- Memorização
  - Apontamentos
  - Cheklis
  - Tecnologia
  - Outros: Especifique \_\_\_\_\_

Obrigada pela colaboração

## **8.5 Apêndice V - Quadros de análise de artigos**

<u>ANÁLISE</u>			
<u>NOME DO ARTIGO PESQUISADO/AUTORES</u>	<u>OBJETIVOS</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>AMOSTRA</u>
<u>RESULTADOS</u>		<u>RECOMENDAÇÕES/CONCLUSÕES</u>	

## **8.6 Apêndice VI - Artigo científico**

# **HANDOVER- TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO NA ADMISSÃO DO CLIENTE CIRÚRGICO NA ADMISSÃO DO UTENTE CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO**

Madalena Pires - Aluna do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória  
António Freitas – Professor Orientador da ESS do IPS

**Resumo:** Este relatório surge no âmbito do 1º Curso Mestrado em Enfermagem Perioperatória, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. O Plano de Estudos incluiu a Unidade Curricular Projeto/Estágio, sendo o Relatório de Estágio o trabalho final de Mestrado. O mesmo surge como instrumento de avaliação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Utilizamos a metodologia de projeto que pode definir-se como “um conjunto de ações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real”<sup>1</sup>

O problema real que constitui o cerne do estudo foi o *Handover* e a forma como o mesmo é conduzido.

Como produto final de projeto, foi elaborado um Instrumento Orientador, para uniformizar o processo de Handover, o SHAR.

Palavras – chave: *Handover*, comunicação, segurança do cliente, enfermagem.

## **Introdução**

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem Perioperatória, foi desenvolvido um projeto cujo objetivo geral foi “Melhorar o Handover no momento da admissão do cliente cirúrgico no bloco operatório.”.

Para a sua concretização foi importante aprofundar conhecimentos na área do *Handover*, efetuar uma pesquisa bibliográfica com respetiva avaliação crítica e síntese das fontes primárias disponíveis, utilizando o método de revisão integrativa da literatura com

posterior elaboração de um Instrumento Orientador.

Foi realizado um enquadramento conceptual onde procuramos apresentar o contributo que a Teoria das Transições de Meleis, trouxe para a compreensão e esclarecimento de alguns conceitos que suportam este estudo.

A prática clínica permitiu-nos identificar a problemática da investigação.

Realizámos uma Revisão Integrativa de Literatura, por ser um método de revisão importante na pesquisa em

enfermagem e por constituir um dos recursos da Prática Baseada na Evidência. Na última etapa da revisão integrativa realizamos uma análise e síntese dos resultados dos artigos selecionados. Estes resultados foram transportados para a prática de forma a identificar as suas implicações para a enfermagem.

## **Desenvolvimento**

A enfermagem é uma disciplina orientada para a prática, para o cuidar humano. O cuidar é o ideal moral da enfermagem, pelo que o seu objetivo é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana.<sup>2</sup>

O outro caminho é o da Enfermagem como disciplina científica. Enquanto disciplina científica alicerça-se em teorias de enfermagem que têm uma importante missão de inter-relacionar a teoria, pesquisa e prática, uma apoiando a outra.<sup>3</sup> Tendo esta visão da Enfermagem concluímos que a mesma se apresenta como um domínio do conhecimento prático e teórico, indissociável, que é suportada com teorias. A teoria aumenta a compreensão dos fenómenos estudados pela investigação e esta nova compreensão conduz à análise de outros problemas.<sup>4</sup>

A Teoria das Transições de Meleis revelou-se muito importante para a prática dos cuidados de enfermagem e foi usada para explicar as transições de saúde/doença.<sup>5</sup>

Face a uma mudança, previsível ou não, entra-se num processo de transição, constituído por períodos de estabilidade, que é interrompida por um evento, passando por um período de instabilidade durante o qual todas as ações procuram atingir novamente a estabilidade.

A transição é um conceito central no domínio da enfermagem com implicações para a prática dos cuidados. Pode fornecer um quadro onde são descritas as necessidades específicas do cliente, durante a admissão, alta, recuperação e/ou transferência.<sup>6</sup>

O *Handover* é um momento de transição na prestação de cuidados ao cliente, em que a transmissão de informação e a transferência de responsabilidades relativas ao mesmo, passam de um profissional ou equipa de saúde para outros.<sup>7</sup>

A informação relativa ao cliente tem de ser partilhada no momento em que se realiza o *Handover*, para que a continuidade dos cuidados seja efetiva. Para conseguir partilhar informação é fundamental comunicar.

A comunicação, permite a relação entre clientes e profissionais de saúde e estes últimos entre si. Quando nesta comunicação surgem falhas, a informação a transmitir é desorganizada e o seu conteúdo destruturado comprometendo assim a segurança do cliente. Os clientes encontram-se vulneráveis aos eventos adversos, mas são os clientes cirúrgicos os mais vulneráveis, pois são sujeitos a um número significativo de transições no período perioperatório. As transições entre estas fases são consideradas intervalos de tempo de alto risco. Em cada fase deste período, cada equipa de cuidadores tem responsabilidades e objetivos específicos que são tão diferentes quanto semelhantes.<sup>8</sup> A enfermagem tem como objetivo prestar cuidados ao cliente durante todo o seu percurso de vida, comprometendo-se e responsabilizando-se na prestação de cuidados seguros e na promoção de um ambiente seguro. Uma forma de promover a segurança é com a introdução de protocolos escritos que sirvam de guiões de consulta e a realização de “check lists” e “briefings” iniciais, antes de começar qualquer caso, envolvendo todos os potenciais interventores é verdadeiramente crucial e deve ser prontamente adotada por todos nós.<sup>9</sup>

A *checklist* recorda-nos os passos essenciais e necessários para nos proteger contra falhas e/ou esquecimentos, proporcionando a possibilidade de verificação, como também induzem uma espécie de disciplina de desempenho mais elevada.<sup>10</sup>

Elaboramos um Instrumento Orientador onde utilizamos uma técnica de comunicação o SBAR (Situation; Background; Assessment; Recommendation), para o *Handover*. A mesma pode constituir uma linha de base para futuros *Handovers* contribuindo para a redução dos eventos adversos, fornecendo uma abordagem padronizada da informação a transmitir (Apêndice).

Ao identificar o problema este deve ter em si o potencial de influenciar e/ou melhorar os cuidados de enfermagem. O problema do nosso estudo prendeu-se com o fato de a informação transmitida no *Handover* ser escassa e pouco uniforme, o que conduz inevitavelmente, à existência de erros de interpretação e consequentes falhas de comunicação. Durante as transições as pessoas encontram-se mais vulneráveis a riscos que poderão afetar a sua saúde, o seu conforto e a sua segurança.

O instrumento de diagnóstico utilizado para a identificação e validação do

problema foi o questionário, com perguntas fechadas. Os questionários destinaram-se aos enfermeiros dos serviços de internamento cirúrgico e urgência de um centro hospitalar do distrito de Lisboa.

A amostra deste estudo foi constituída por 105 enfermeiros num total de 182 envolvendo todos os serviços mencionados anteriormente. Foram excluídos os enfermeiros chefes, responsáveis de serviços e os segundos elementos que os assessoram.

#### Revisão Integrativa da Literatura

A Prática Baseada na Evidência (PBE), utiliza resultados de pesquisas na prática clínica, sendo a revisão integrativa da literatura um dos seus recursos. A PBE procura encorajar a utilização dos resultados obtidos durante a pesquisa, possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao cliente. Esta pode definir-se ainda como, uma abordagem que pode promover a segurança do cliente e envolve a definição de um problema, a procura e avaliação crítica das evidências disponíveis, implementação das evidências na prática clínica e avaliação dos resultados obtidos.<sup>11</sup>

Um dos pilares da PBE é a pesquisa clínica que exige preparação do enfermeiro no desenvolvimento de

capacidades para pesquisar, avaliar e integrar as evidências oriundas de pesquisa de dados do cliente e as observações clínicas, acrescido a este aspeto, existe a necessidade do desenvolvimento de uma cultura organizacional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, que favoreça a utilização de resultados de pesquisa na prática clínica (Idem).

No presente estudo foi selecionada a revisão integrativa de literatura pois a mesma sintetiza resultados de pesquisas anteriores, ou seja, já realizadas e mostra sobretudo as conclusões do corpus da literatura sobre um fenómeno específico, compreende pois todos os estudos relacionados a questão norteadora que orienta a busca desta literatura.<sup>12</sup>

A revisão integrativa é composta por seis etapas são elas:

1. Questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: Nesta fase determinam-se a escolha e a definição do tema, identificam-se as palavras-chave e valida-se se o tema tem relação com a prática clínica;
2. Amostragem ou pesquisa de literatura: Aqui determinam-se os critérios de inclusão exclusão do estudo; Utilização de bases de dados, procedendo à pesquisa através da



utilização das palavras-chave. Realiza-se a seleção dos artigos fazendo uso dos critérios de inclusão exclusão;

3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos: O que se pretende nesta fase é organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, formando um banco de dados de fácil acesso e manejo.<sup>13</sup>
4. Análise dos resultados: Semelhante à análise dos dados das pesquisas convencionais, esta fase demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características dos estudos.<sup>14</sup>
5. Discussão e apresentação dos resultados: Esta etapa pode ser comparada à discussão de resultados realizada nas pesquisas primárias. A mesma faz-se a partir da interpretação e síntese dos resultados, comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de identificar possíveis lacunas do conhecimento, é possível delimitar prioridades para estudos futuros.<sup>15</sup>
6. Apresentação da Revisão: Esta etapa também se encontra definida como a síntese do conhecimento. A apresentação da revisão deve ser

completa e clara, permitindo assim ao leitor avaliar de forma crítica os resultados e a pertinência das informações.

Procedemos à seleção dos artigos elaborando a questão de partida “Quais são as características da realização de um Handover eficaz para a prevenção de eventos adversos no período perioperatório? As palavras-chave determinadas foram *Handover*, Segurança do cliente, Enfermagem e Comunicação.

A nossa pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO onde foram consultadas as seguintes bases de dados: MEDLINE, CINAHAL B-On e Scielo.

Após a consulta das bases de dados *on-line* utilizando a plataforma EBSCO, surgiram 56 referências bibliográficas, sem qualquer refinamento as quais foram sujeitas aos critérios de inclusão e exclusão por nós estabelecidos.

Os critérios de inclusão dos artigos por nós definidos, para a presente revisão integrativa foram:

- Artigos que abordavam o conceito de *Handover* e a sua implicação na prática dos cuidados de Enfermagem Perioperatória;
- Fontes Primárias;
- *Full-text* disponível.

Os critérios de exclusão definidos, para viabilizar a amostra dos artigos foram:

- Artigos médicos;
- Sem resumo disponível;
- Artigos que abordam o *Handover* entre outros profissionais de saúde, por exemplo (enfermeiros e médicos);
- Artigos que não envolvam cuidados perioperatórios;
- Revisões de literatura;
- Artigos de opinião;
- Artigos que envolvam a relação com os clientes no processo de *Handover*.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, foram excluídos todos os artigos cujos resumos não se encontravam disponíveis. Após a primeira exclusão desta revisão integrativa, efetuamos a leitura dos resumos, procedendo à sua análise. Foram selecionados, por exclusão todos os resumos que indicavam uma abordagem ao *Handover* entre diferentes profissionais de saúde, o número total de artigos excluídos foi 21. O passo seguinte foi incluir todos os que apresentavam *full-text*, os quais após uma leitura mais cuidada permitiu selecionar apenas os que constituíam fontes primárias e abordassem a implicação do *Handover* nos cuidados

de Enfermagem Perioperatória. O resultado final foi um total de 6 artigos. Nestes, encontramos três estudos quantitativos e outros três qualitativos.

## **IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Após ter sido concretizada a fase de leitura e análise dos artigos constituintes da nossa revisão integrativa da literatura, procederemos à discussão dos resultados e as implicações que os mesmos teriam na prática dos cuidados de enfermagem.

A análise dos estudos e os resultados obtidos no nosso estudo permitiram tirar as seguintes conclusões.

Os enfermeiros do nosso estudo referiram concordar com o fato de que um *Handover* ineficaz constitui um evento adverso, o que vai ao encontro da pergunta por nós criada.

O *Handover* é um procedimento da enfermagem, tão antigo quanto ela. É uma competência adquirida pelos enfermeiros maioritariamente enquanto estudantes e como profissional no início das suas funções, de acordo com os dados apresentados no estudo deste trabalho.

O *Handover* é uma das atividades de enfermagem que, quando bem

conduzidas, torna-se eficaz na prevenção de eventos adversos.

Outras dimensões da eficácia do *Handover*, são apresentadas na análise dos nossos artigos. Os mesmos referem que um *Handover* eficaz:

- Promove a segurança do cliente;
- Promove a continuidade dos cuidados;
- Melhora a comunicação;
- Melhora o trabalho em equipa;
- Confere maior disponibilidade para a prestação de cuidados e ensinamentos realizados ao cliente;
- Melhora o desempenho profissional.

Na prática, constatamos que muitos dos itens anteriormente referidos são também apoiados pelos participantes do nosso estudo. Quando questionados sobre os benefícios que a prática do *Handover* pode trazer para a prática diária dos cuidados, os mesmos evidenciaram como principais fatores a promoção da segurança do cliente, seguida de uma comunicação mais efetiva.

Uma boa capacidade de comunicação facilita a realização de um bom *Handover*. No entanto, existem alguns fatores que interferem na sua execução. Esses fatores prendem-se essencialmente com problemas de

compreensão de linguagem, diferenças de sotaques, e diferenças raciais.

Os dados mais significativos do nosso estudo corroboram e acrescentam os ruídos na comunicação, o humor dos colegas e a dificuldade na realização de tarefas por falta de tempo. Este último fator é também referido como uma limitação ao *Handover*.

Outras limitações, que podem comprometer a segurança e a continuidade dos cuidados referem-se:

- Às informações omissas ou incompletas durante o *Handover*;
- Às interrupções frequentes durante este processo e a forma como estas podem afetar a qualidade da informação transmitida;
- À relação existente entre as interrupções durante o *Handover* e as implicações que as mesmas trazem para o consumo de tempo durante o processo.
- Ao fato das omissões existentes fazerem dos registos de enfermagem uma fonte inadequada no planeamento dos cuidados ao cliente;
- À existência de falhas de informação, interrupções e falta de envolvimento do cliente constituírem uma evidência no processo de *Handover*.

Os estudos revelaram que o *Handover* deve envolver o cliente e que o mesmo deve ser considerado como elemento fundamental na confirmação da informação sobre si, neste processo.

Outra consideração importante a reter é a de que, tanto os enfermeiros do nosso estudo como os enfermeiros dos estudos presentes nos artigos, considerarem que o *Handover* deve ser realizado pelo enfermeiro responsável pelos cuidados ao cliente.

O *Handover* é uma transição entre diferentes prestadores de cuidados, alicerçado na partilha de informação oral e escrita. No entanto, existe uma grande variação nas práticas de *Handover*, o que pode traduzir um défice na eficiência e na efetividade do mesmo. Urge assim a necessidade de considerar a introdução de mudanças neste processo.

As mudanças sugeridas são apresentadas na maioria dos artigos analisados e incidem sobre:

- A existência de um protocolo de *Handover*;
- A utilização de um instrumento de comunicação o SBAR, que padroniza a informação a transmitir,
- A definição de um conjunto mínimo de dados que permita ao enfermeiro a transmissão de

informação necessária sobre a condição e cuidados prestados ao cliente.

- O desenvolvimento de sistemas que assegurem a congruência entre o *Handover* Clínico e os registos de Enfermagem para que, a informação sobre o cliente não se perca. Há estudos que apresentam como sugestão o desenvolvimento de sistemas informáticos de suporte que integrem as informações transmitidas de forma oral e escrita e a introdução de registos de saúde em suporte informático.
- Formação em comunicação, melhorando as capacidades de comunicação dos enfermeiros para a realização de bons *Handovers*.

De acordo com os resultados do nosso estudo, os enfermeiros consideram que a gestão da informação a transmitir no momento do *Handover*, deve ser apoiada, na grande maioria por um instrumento de validação de informação, seguida da existência de apontamentos escritos.

Face ao exposto anteriormente e porque pretendemos com este estudo melhorar o processo de *Handover*, fomos conduzidos, através das diversas leituras realizadas, a uma técnica de comunicação, já referida anteriormente o SBAR.

Adequamos esta nomenclatura à nossa realidade e assim surgiu o SHAR (Situação, História, Avaliação, Recomendações).

O SHAR, constitui um Instrumento Orientador que ao ser lido recordará as informações relevantes a serem transmitidas no *Handover* do cliente cirúrgico quando este é admitido no bloco operatório.

## REFERÊNCIAS

## BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup>Ruivo, Ferrito e Nunes, (2010) – Metodologia Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Revista Percursos*, 15, 2-37.

<sup>2</sup>Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

<sup>3</sup>Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana*, 7(3), 25-32. Acedido a 27-08-2013. Disponível em <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>.

<sup>4</sup>Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

<sup>5</sup>IM, EO. (2011). Transitions Theory: A Trajectory of Theoretical Development in Nursing. *Nursing Outlook*, 59(5), 278-285. DOI: 10.1016/j.outlook.2011.03.008.

<sup>6</sup>Schumacher, K., Meleis, A. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.

<sup>7</sup>Galliers, J., Wilson, S., Randell, R., & Woodward, P. (2011). Safe use of symbols in handover documentation for medical teams. *Behaviour & Information Technology*, 30(4), 499-506.

<sup>8</sup>Amato-Vealy, E.J., Barba, M.P., Vealy, R. (2008). Hand-off Communication: A Requisite for Perioperative Patient Safety. *AORN JOURNAL*, 88:5, 763-774. Acedido a 11-07-2013. Disponível em [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(08\)00519-X/fulltext](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(08)00519-X/fulltext)

<sup>9</sup>Fragata, J. (2006). *Risco Clínico-Complexidade e Performance*. Coimbra: Edições Almedina, SA.

<sup>11</sup>Galvão, C. (2009). Estratégias para a Segurança do Paciente Cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 882-883. Acedido a 14-07-2013. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850008&idp=1&cid=787832>.

<sup>12</sup>Crossetti, M. (2012). Revisão Integrativa de Pesquisa na Enfermagem o Rigor Científico que lhe é Exigido. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 8-9. Acedido a 14-07-2013. Disponível em

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023850008&idp=1&cid=787832>.

<sup>13</sup> Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764.

**DOI:** 10.1590/S0104-07072008000400018.

<sup>15</sup> Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: O que é e como Fazer? *Journal Eisntei*, 8(1), 102-106. Acedido a 14-07-2013. Disponível em

<http://apps.einstein.br/revista/en/index.a>  
sp. ISSN 16794508.

#### OS ARTIGOS QUE FIZERAM PARTE DA REVISÃO INTEGRATIVA FORAM:

Catchpole, K., Deleval, M., McEwan, A., Pigott, N., Elliott, M., Mc Quillan, A. & Goldman, A. (2007). Patient Handover from Surgery to Intensive Care: Using Formula 1 Pit-Stop and Aviation Models to Improve Safety and Quality. *Pediatric Anesthesia*, 17(5), 470-478. **DOI:** 10.1111/j.1460-9592.2006.02239.x

Connell, B., MacDonald, K., Cherene, K. (2008). Nursing Handover: It's Time for a Change. *Contemporary Nurse: A*

*Journal of the Australian Nursing Profession*, 30(1), 2-11. Acedido a 15-05-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.

Jefferies, D., Johnson, M. & Nicholls, D. (2012). Comparing Written and Oral Approaches to Clinical Reporting in Nursing. *Contemporary Nurse: A Journal of the Austrlian Nurse Profession*, 42(1), 129-138. Acedido a 15-05-2013. Disponível em <http://web.ebscohost.com>.

Johnson, M., Cowin, L. (2013). Nurses Discuss Bedside Handover and Using Written Handover Sheets. *Journal of Nursing Management*, 21(1), 121-129. DOI:10.1111/j.1365-2834.2012.01438.

Johnson, M., Jefferies, D. & Nicholls, D. (2012). Developing a Minimum Data Set for Electronic Nursing Handover. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3/4), 331-343. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x

Street, M., Eustace, P., Livingston, P., Craike, M., Kent, B., & Patterson, D. (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*, 17(2), 133-140. **DOI:** 10.1111/j.1440-172X.2011.01918.x.

## Apêndice

### Logotipo da Unidade Saúde

S H I S T Ó R I A	S I T U A Ç Ã O	Identificação do cliente confirmada Pulseira de identificação colocada Procedimento cirúrgico e/ou invasivo e lateralidade Local cirúrgico marcado Termo de responsabilidade assinado Exames complementares de diagnóstico Análises de avaliação pré-operatória Processo clínico completo
	H I S T Ó R I A	Diagnóstico clínico Antecedentes pessoais relevantes Sinais vitais PA Pulso Respiração Temperatura Nível de dor Factores de risco acrescido (Alergias, Diabetes, HTA, etc.) Acesso venoso periférico / central Local/Calibre Data/hora Jejum pré-operatório Esvaziamento vesical Continente Incontinente Cateter vesical Próteses dentárias Ortóteses Lentes de contacto ou óculos Piercings Outro tipo de implantes Protocolo terapêutico pré-operatório Administração de medicação pré-anestésica Administração de antibioterapia Hora
	A V A L I A Ç Ã O	Compreensão do procedimento cirúrgico Risco para o desenvolvimento de queda Risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão Espiritualidade do cliente
	R E C O M E N D A Ç Õ E S	Reserva de sangue confirmada Intervenções recomendadas por outros elementos da equipa Solicitações verbalizadas pelo cliente